



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Presentación de un caso clínico. Trastorno facticio.

Alumna: Rut de la Llave Corrochano

Tutora: Beatriz López Luengo
Dpto: Psicología

Julio, 2017

Indice

Resumen	3
Palabras clave:.....	3
Abstract.....	3
Key words.....	3
1. Introducción.	3
1.1. Definición.	3
1.2. Prevalencia e incidencia	5
1.3. Etiología.	5
1.4. Diagnóstico diferencial.	6
1.5. Tratamiento.	8
2. Identificación de la paciente y motivo de consulta.	11
3. Proceso de evaluación.	11
3.1. Evaluación inicial. Primera recogida de información.	11
3.2. Segunda evaluación.....	13
3.3. Delimitación del problema.	17
4. Conclusiones y diagnóstico.....	25
5. Propuesta de tratamiento.	27
7. Anexos.....	34
7.1. Anexo 1: Entrevista general I	34
7.2. Anexo II: entrevista general II.....	38
7.3. Anexo III: Genograma.....	50

Resumen

Se presenta el caso clínico de una mujer de 23 años que se queja de bajo estado de ánimo y episodios de ansiedad. Quiere retomar su bienestar psicológico así como volver a realizar actividades con la misma motivación que antes. Se realizó una evaluación con varias entrevistas semiestructuradas así como varios cuestionarios. Debido a las contradicciones y confrontaciones se llega al diagnóstico de Trastorno facticio el cual es la falsificación de síntomas y signos físicos o psicológicos o inducción de lesión/enfermedad asociado a un engaño. Se optó por plantear un tratamiento sistémico familiar englobando a todo su círculo vital.

Palabras clave: trastorno, engaño, terapia.

Abstract

A clinic study about a 23 years old woman that complains about depression and anxiety is presented. She wants to recover her mental health, in order to be able of doing different activities with the same motivation that she had when she was younger. An evaluation was carried with different interviews and tests. Due to the different contradictions it is concluded that she suffers a Factitious Disorder. Which is the falsification of symptoms and physical or psychological signs or induction of injury/illness associated with a lie. It was opted to try a systemic treatment that involved all her vital circle.

Key words: disorder, lie, therapy.

1. Introducción.

1.1. Definición.

El DSM-5 define el trastorno facticio como la falsificación de signos o síntomas ya sean físicos o psicológicos o inducción de una lesión o enfermedad asociado a un engaño identificado. La persona que lo padece se muestra frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado y dicha conducta engañosa es evidente incluso si no hay recompensas externas obvias. Dicho comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental (APA, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, 2014).

Se pueden distinguir dos tipos de trastorno facticio: episodio único (cuando sólo ha ocurrido una vez) y episodio recurrente (en el que se han dado dos o más veces la conducta de falsificación de síntomas o inducción de lesión/enfermedad) (APA, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V, 2014).

A diferencia del DSM -5 donde el trastorno facticio se encuentra dentro de la categoría de ‘Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados’, en el DSM-IV-TR se encuentra de forma independiente en su propia categoría. Según este se explica que el trastorno facticio consiste en producir de manera intencionada signos o síntomas físicos o psicológicos. Estos síntomas pueden ser: inventados, auto-inflingidos, exagerados o exacerbados de un trastorno físico ya existente o puede haber una combinación de los anteriores. El paciente asume totalmente el rol de enfermo y no hay incentivos externos que lo justifiquen. (APA, 2002).

Estas personas cuentan sus historias de manera dramática pero a la vez de un modo vago e inconsistente cuando se les pregunta acerca de ello en más profundidad. Además suelen tener tendencia a mentir de manera incontrolada. A menudo, cuando se les dan resultados negativos ante las exploraciones, empiezan a quejarse de otros problemas (APA, 1995).

Desde el DSM-IV-TR se puede distinguir: Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos; trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos y trastornos facticios con combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos. (APA, 2002).

Según la clasificación del CIE-10 el trastorno facticio estaría incluido dentro de ‘Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento’ definiéndolo como actitud persistente de creación intencionada o fingimiento de síntomas por parte de una persona sin haber enfermedad física o mental. Suelen mostrar alteraciones de personalidad y problemas en las relaciones interpersonales (Enoch y Ball, 2007).

En medicina se explica como un conjunto de características que facilitan diagnosticarlo mediante incongruencia de signos y síntomas con el síndrome, poca evolución de mejoras, empeoramiento si va a haber un ingreso o van a dar a la persona de alta, la respuesta no coincide con el tratamiento y aparición de nuevos síntomas como los de otros pacientes en caso de ingreso (Catalina, de Ugarte y Moreno, 2009).

Ese trastorno también se denomina ‘Síndrome de Munchausen’, término que acuñó Asher (1951) viendo un parecido en las ‘peregrinaciones’ de estos pacientes con las historias que contaba el Barón Munchausen entre 1720 y 1800. Se usan otros términos como ‘Vagabundos de hospital’, ‘Síndrome de adicción hospitalaria’, ‘Síndrome del judío errante’... aunque este término se suele usar para referirse a los síntomas físicos del trastorno facticio. Añadir que el más conocido es el Síndrome de Munchausen por poderes por el cual se inducen síntomas a otra persona (normalmente a niños).

1.2. Prevalencia e incidencia.

El trastorno facticio implica engaño y es difícil estimar una prevalencia muy exacta. El DSM-IV explica que hay pocos datos ya que a veces no se puede identificar, por lo que no da ningún porcentaje de prevalencia, solo añade que en apariencia es más común en hombres que en mujeres (APA, 1995).

Según el DSM-IV-TR los mejores resultados muestran una prevalencia aproximada del 1% de los pacientes que visitan salud mental. Suelen ser episodios intermitentes, aunque a veces se da el crónico, el cual no tiene pausas y suele tener comienzo a principio de la vida adulta (APA, 2002).

Actualmente, no ha datos muy certeros acerca de la prevalencia o incidencia real del trastorno facticio, aunque es considerada una enfermedad rara mundialmente. Se estima que hay dos casos por cada cien mil habitantes (Denny, Grant y Pinnock, 2001). Es difícil establecer datos muy certeros debido a que no hay una unificación de los criterios diagnósticos, ya que hay una gran variedad de presentaciones diferentes en dicho trastorno variando en cada persona (Espinosa, Figueras, Mendilahaxón y Espinosa, 2000).

Varios estudios han obtenido datos de que hay diferencias por sexo dependiendo de los variantes de trastorno: los pacientes afectados por el trastorno facticio provocados por el propio individuo son en la mayoría hombres, mientras que los pacientes afectados por el trastorno facticio inducido por otras personas son en su mayoría mujeres (Espinosa, Figueras, Mendilahaxón y Espinosa, 2000). A parte de las diferencias de género, se ha encontrado que hay más prevalencia en las personas que tienen relación con el sector de la salud (Repper, 1995).

Estudios epidemiológicos estiman una incidencia aproximada del 0,8 al 1,3% (Fliege H. , y otros). O'Shea explica que hay un solapamiento del 20% entre trastorno facticio y trastorno de somatización lo que quiere decir que en un gran número de casos hay ciclos de consciencia e inconsciencia en la enfermedad (O'Shea). La explicación que se encuentra para tan baja incidencia es que muchos casos no llegan a evaluarse como tal o se pierden, ya que estas personas van cambiando de profesionales médicos a menudo.

1.3. Etiología.

El curso del trastorno facticio puede ser de uno o varios episodios pero normalmente es crónico. El comienzo de este trastorno suele ser en los primeros años de la vida adulta y suele

coincidir con la hospitalización por enfermedad física o algún tipo de trastorno mental (APA, 1995).

Las causas no están muy estudiadas pero si hay indicios de que puede estar relacionado con los siguientes elementos: querer ser el centro de atención e interés, rencor contra médicos u hospitales que satisface engañándolos, deseo de obtener medicinas o querer escapar de las autoridades. Además, suele ser frecuente que coexista un trastorno de personalidad, por lo que se suele evaluar de manera conjunta.

En investigación se han propuesto diversas teorías sobre la patología subyacente al trastorno facticio. O'Shea explica las siguientes: en una de ellas habla de que existe una personalidad límite que se ve en el trastorno facticio. Sugiere que la persona siente satisfacción cuando se expone ante el clínico, que lo ve como una figura paterna, donde hay conflictos sin resolver o sentimientos de abandono. La otra teoría descrita es que exista un trastorno de personalidad dependiente y que la persona crea este trastorno para tener atención de los demás (O'Shea B. , 2003).

Nadelson (1979) dice que los trastornos facticios son una manifestación de un trastorno límite de la personalidad más que un síndrome aislado. La persona se convierte tanto en 'víctima como en castigador' para lograr tener atención médica y psicológica a la vez que intentan desafiar y desvalorizar a estos profesionales.

En cuanto a la historia familiar, Pope y colaboradores (1982) vieron que ningún familiar de primer grado de los pacientes con trastorno facticio presentaba un trastorno psicótico, aunque 7 de los 8 casos estudiados presentaban trastornos psiquiátricos en general. 5 de las 7 familias tenían un trastorno afectivo y 3 de las 7 un trastorno de personalidad.

Carney (1980) vio que el 74% de los pacientes que tenían un trastorno facticio habían experimentado un estrés conyugal o sexual riguroso antes de desarrollar los síntomas y signos de dicho trastorno.

Kooiman (1987) sin embargo descubrió que el estresante precipitante de los síntomas y signos del trastorno facticio era el miedo a ser abandonados.

1.4. Diagnóstico diferencial.

Existen otros trastornos que no deben de confundirse con el trastorno facticio. A continuación se presenta el diagnóstico diferencial con cada uno de ellos.

Es importante distinguir entre enfermedad física verdadera y trastorno mental verdadero. Se deberá sospechar cuando haya un cuadro atípico que no se pueda identificar con

una enfermedad física o mental, síntomas que aparecen cuando el sujeto es observado, comportamientos antisociales en las salas de espera, pseudología fantástica, conocer excesivamente los términos médicos, consumo oculto de fármacos...

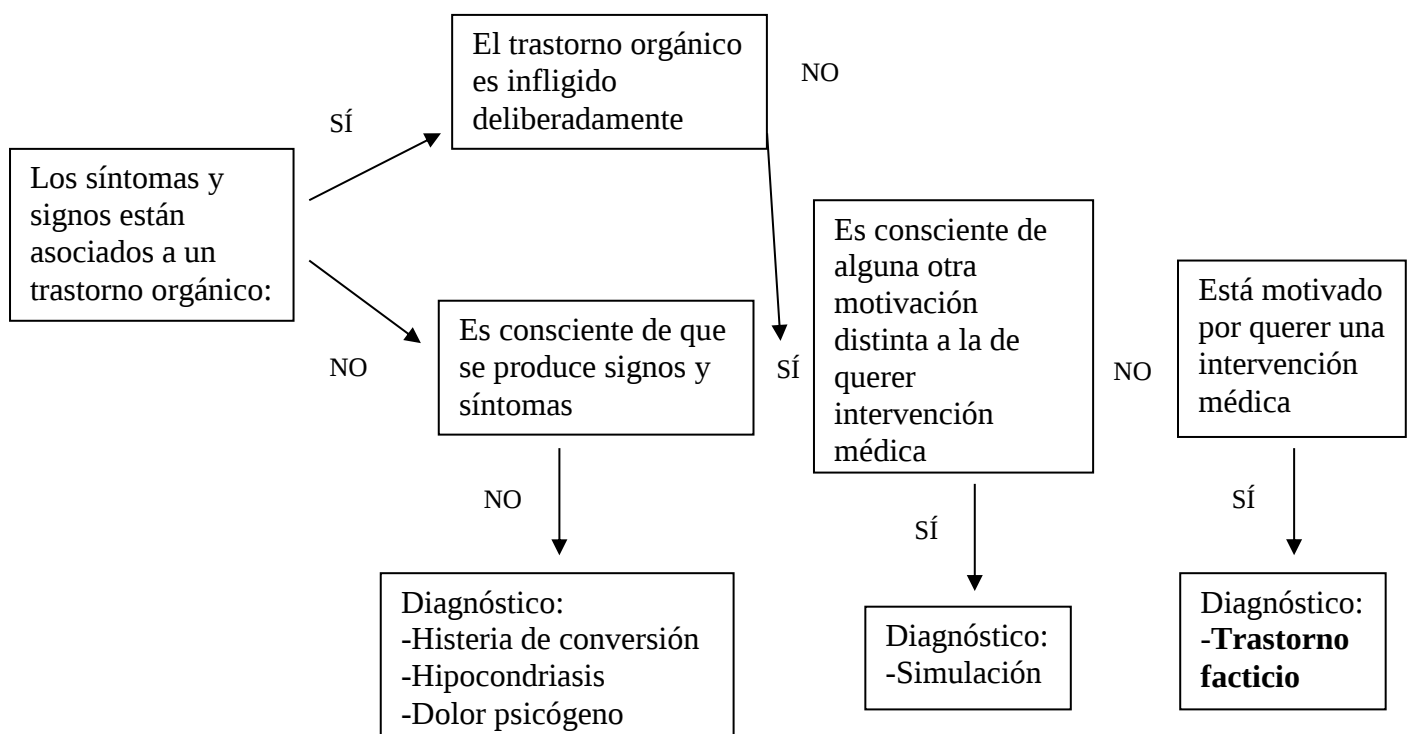
Por otro lado habría que diferenciarlo del trastorno somatomorfo debido a que aunque en este también hay molestias físicas y no son debidas a un trastorno físico verdadero, los síntomas no los produce la persona de manera intencionada, a diferencia del trastorno facticio donde la persona lo hace intencionadamente.

En cuanto a la simulación, existe un incentivo externo como buscar compensaciones o escapar de la ley y donde se aprecian los objetivos de esta persona. En el trastorno facticio no existe incentivo externo en sí (APA, 2002).

A parte otros investigadores sugieren diferenciarlo también con la histeria de conversión o disociativa en la cual la persona no controla sus síntomas pues existen de verdad, no son inventados ni provocados. También hay que diferenciarlo de la hipocondriasis donde la persona cree estar enferma o con algún trastorno por lo que siente preocupación (en el trastorno facticio la preocupación es limitada) (Enoch y Ball, 2007).

Se propusieron dos parámetros para localizar la conducta de los pacientes con trastorno facticio: el grado de control con consciencia de los síntomas y la motivación del paciente (Angosto Saura, Díaz Piñeiro, Fernández Sastre y Iglesias Rodríguez, 1989).

Prasad (1985) propuso un esquema que podría ser útil para realizar el diagnóstico diferencial:



1.5. Tratamiento.

Es muy importante realizar un diagnóstico correcto ya que una enfermedad física o mental no puede ser pasada por alto, por lo que se necesitan rigurosos exámenes y pruebas para hacer el diagnóstico correcto (Hales, Yudofsky y Talbott, 1996).

En el trastorno facticio es difícil el tratamiento psiquiátrico ya que no suele haber respuesta a fármacos. Por otro lado, estas personas no se comprometen a seguir un tratamiento y no tienen motivación para llegar a una alianza terapéutica y suelen ir de un lugar a otro por lo que pierden contacto con los profesionales que les están tratando (Asher y Lond, 1951).

Con respecto al trastorno facticio con síntomas físicos hay debate sobre si utilizar la confrontación (consistiría en enfrentar al individuo a la realidad de su trastorno) o no hacerlo, aunque esto también es aplicable al trastorno facticio con síntomas psicológicos. Muchos estudios creen que la confrontación puede crear en la persona una huida sin llegar a tratarse y puede hacer que aparezcan síntomas psicóticos y conductas suicidas. Por lo tanto, hasta ahora se ha intentado evitar la confrontación de la conducta facticia haciéndose tratamientos psicoanalíticos e intervenciones conductuales y evitar reforzar de forma positiva o negativa esas conductas de su enfermedad (Catalina, de Ugarte y Moreno, 2009).

También se sugiere que la confrontación no es necesaria ni aconsejable ya que, no lleva a que la persona lo reconozca pero sí conduce a un fuerte daño en la alianza terapéutica que puede hacer que el proceso empeore (Krahn, Li y O'Connor, 2003).

El principal objetivo en el tratamiento del trastorno facticio sería evitar que la persona genere mayores daños y minimizar los procedimientos médicos que no son necesarios. Se recomienda usar psicoterapia con distintos objetivos como aumentar la autoestima y que sea consciente de su enfermedad y las consecuencias que trae. Aun así, se debe tratar con fármacos cualquier enfermedad de base que tenga la persona que pueden agravar el cuadro original. No se han encontrado resultados positivos en estos pacientes después del tratamiento con fármacos, como antidepresivos o moduladores del humor, excepto cuando hay comorbilidad con algún trastorno que sí lo necesite. Por lo cual no se recomienda el uso de farmacoterapia (Espinosa, Figueras, Mendilahaxón y Espinosa, 2000).

Con respecto a si realizar un tratamiento, debe de tenerse en cuenta de que puede tener consecuencias dañinas, costosas e incluso letales y puede ser debido a que no se comprende el por qué la persona hace lo que hace. Por ello, tiene que haber conexión con el paciente, de manera empática, y recordar que está sufriendo y necesita comprensión. Los tratamientos hay

que redefinirlos ya que el objetivo no es curar a la persona sino hacer que se comporte de manera más saludable (Feldman, 2006).

Estas personas se someten a exámenes diagnósticos y procedimientos de evaluación pero tras varias pruebas en las que los resultados son negativos suelen producir más y nuevos síntomas facticios. Además, normalmente el trastorno es descubierto por profesionales médicos que después derivan al sujeto a una evaluación psiquiátrica (Hagglund, 2009).

Además se encuentran los problemas de estigmatización que tienen un gran impacto sobre el trastorno facticio, la persona que lo sufre y el cómo se trata. Corrigan y colaboradores (2005) estudiaron la ‘evitación de etiquetas’ que puede venir del paciente al evitar un tratamiento psiquiátrico o por el clínico, quién evita hacer un diagnóstico para proteger a la persona y que no haya discriminaciones futuras. También estudiaron el ‘estigma de cortesía’, el cual sufre la familia y relaciones cercanas que hacen que haya prejuicios y discriminación, y no porque la persona lo sufra sino porque está vinculado a otras personas que sí lo sufren. Estas personas creen que es más aceptable estar enfermos físicamente que mentalmente y los familiares también pueden pensar así por lo que actuarían con vergüenza hacia los síntomas del trastorno mental. Se puede decir que el mayor riesgo a ser etiquetado de este trastorno es por futuros episodios médicos y que la familia y profesionales tengan menos capacidad para confiar en la persona cuando se queja de dolores, sensaciones, síntomas, signos...incluso siendo verdaderos (Corrigan y Miller, Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members, 2004).

Desde la perspectiva cognitiva conductual se observa que las personas que están en proceso de ser descubiertas suelen tener creencias como: ‘No puedo/quiero parar’, ‘necesito parar pero no puedo admitir que estoy mintiendo’ o ‘necesito parar, admitirlo y recibir ayuda’. Pero los pacientes que no llegan a parar son los más problemáticos ya que si se les confronta, es probable que vayan en busca de otro clínico. Aun así, el no confrontarlos puede funcionar un tiempo, pero si el tratamiento no está funcionando y la persona recibe el diagnóstico de este trastorno, también es probable que vaya en busca de otra ayuda (Kinsella, 2001). Desde la perspectiva cognitivo-conductual se plantea el siguiente esquema (figura 1):

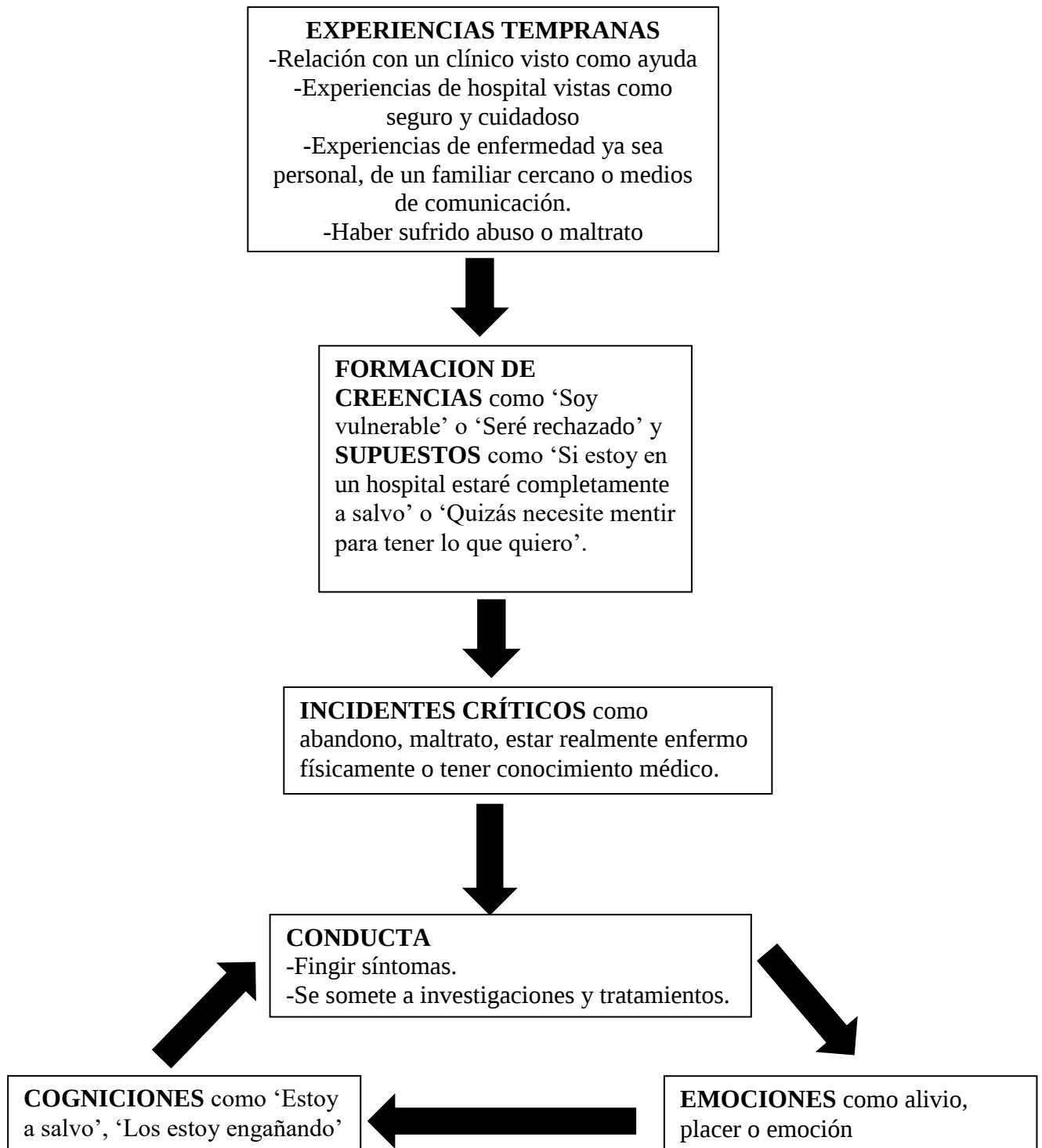


Figura 1. Modelo cognitivo-conductual explicativo del trastorno facticio (Kinsella, 2001).

El hecho de que haya tan poca investigación sobre este tema se atribuye a que las personas con este trastorno, una vez lo conocen tienden a negarlo incluso teniendo evidencias del engaño (Pridmore, 2006). Asimismo, cambian mucho de profesional por lo que es difícil que haya estudios a largo plazo y si llegan a entrar en tratamiento será poco tiempo y sin abrirse lo suficiente (Eastwood y Bisson, 2008).

2. Identificación de la paciente y motivo de consulta.

Laura (nombre ficticio) es una mujer de 23 años que vive en Torredonjimeno con sus padres y su hermano. Aparte tiene otra hermana, casada y con dos hijas, que vive en Jamilena, aunque pasa mucho tiempo en casa de Laura debido a que tiene el trabajo en Torredonjimeno.

Tiene un novio con el que lleva 6 años. Laura está estudiando un cuarto curso del grado de Psicología en la Universidad de Jaén. En su tiempo libre le gusta ver series de televisión, pasear a los perros, estar con su novio y hacer deporte aunque prefiere pasar tiempo ella sola.

Pide ayuda por su bajo estado de ánimo y recurrente ansiedad. Cuenta que tiene un bajo estado de ánimo desde los 17-18 años, aunque ha tenido etapas en las cuales se encontraba bien. También explica que sufre ansiedad ante situaciones que le resultan amenazantes.

Laura acudió al psiquiatra del hospital y a una psicóloga privada. El psiquiatra le diagnosticó de trastorno ansioso-depresivo, recibiendo medicación para ello. La psicóloga le dijo que su trastorno ansioso-depresivo venía derivado por un trastorno de personalidad paranoide. Dice que quiere mejorar su estado de ánimo debido a que no realiza las mismas actividades que antes, porque no se siente con ganas y no tiene motivación por su futuro.

Respecto a los familiares, cuenta que en casa nunca se habla sobre este tema y que ellos piensan que lo hace para llamar la atención. Con su novio y amigas apenas habla tampoco de ello. Alega que su bajo estado de ánimo es debido a que no tiene ilusiones para el futuro ni ninguna motivación y que su ansiedad se agrava cuando le ocurren situaciones estresantes como exámenes o discusiones con sus padres o su novio.

La paciente dice que sus visitas al psiquiatra y a la psicóloga no le sirvieron de mucho. La medicación le hizo estar más tranquila pero no le gustaba estar en ese estado de adormecimiento.

Comenta que no está a gusto en su carrera y que no tiene motivación, pero que debe terminarla porque ‘sus padres no le permitirían dejarla’.

3. Proceso de evaluación.

3.1. Evaluación inicial. Primera recogida de información.

La primera sesión (13 de febrero) se destinó a recoger información sobre la paciente y su situación mediante una entrevista general semiestructurada. La entrevista fue grabada y duró aproximadamente 30 minutos. La transcripción de la misma se recoge en el Anexo 1.

La información obtenida es la siguiente: vive con sus padres y su hermano. Tiene también una hermana, casada y con hijas. Tiene buena relación con todos.

Cuando se le pregunta por el motivo de consulta cuenta que ha estado recibiendo tratamiento psicológico, tanto con psicólogos como con psiquiatras y que tiene un diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo y trastorno paranoide de la personalidad. Tiene ansiedad desde segundo de bachillerato, donde tuvo que dejar el curso.

El año pasado tuvo mucha ansiedad por los exámenes y porque mezclaba bebidas energéticas con pastillas para dormir. Cuando acabó el tercer curso de carrera fue a peor.

Laura fue diagnosticada por un psiquiatra de trastorno ansioso-depresivo pero al ir a la psicóloga le dijo que su ansiedad estaba derivada de un trastorno paranoide de la personalidad. Cuenta que ahora le afecta más que antes, se relaciona menos y apenas sale y piensa que su problema ha ido a peor. Sus síntomas empeoran cuando discute con su novio ya que en esos momentos no se puede controlar.

Se encuentra mal porque no tiene motivación para hacer actividades o salir con los amigos, así como su escasa ilusión por seguir con su carrera. Explica que su carrera dejó de gustarle a raíz de ir al psiquiatra y a la psicóloga, debido a que recibió un trato que no le gustó.

Con respecto a sus hábitos diarios cuenta que se levanta por la mañana, acude a inglés, hace deporte (ya que se lo recomendó la psicóloga), va a la universidad, vuelve a casa y va su novio a visitarla. También dice que si alguien va a verla bien, que si no ella sale poco. Las actividades que realiza son deporte (salir a correr e ir al gimnasio), pasear a los perros, ver series de televisión y alega que disfruta con ellas. Sobre todo le gusta pasar tiempo sola.

Ha recibido medicación (ansiolíticos y antidepresivos) y terapia cognitivo-conductual aunque no obtuvo buenos resultados. Este fracaso fue tanto por la psicóloga como por ella ya que ninguna estaba motivada en la terapia. Con la psiquiatra dice que le iba bien aunque no le gustaba que le mandara medicación, por eso la dejó. Explica que dejó los antidepresivos porque la tenían atontada y que, además, su problema sería erradicar el trastorno paranoide, que es el principal y el que más le afecta. Le gustaría tener menos ansiedad y relacionarse y salir más.

En la segunda sesión (21 de febrero) se pasó la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del eje I del DSM-IV (*The Structured Clinical Interview for DSM; SCID*) para hacer un diagnóstico diferencial.

En la entrevista SCID-I se recogió información acerca del consumo de cannabis cuando tenía la edad de 14 años (por lo que se limita que tuvo un trastorno de abuso de cannabis), comentando desde su propio punto de vista que eso podría haber hecho desarrollar su problema

de depresión, ansiedad y trastorno paranoide, si bien, habría que indagar si fue antecedente o consecuente.

Se diagnosticó un trastorno depresivo mayor, episodio único moderado y posibles ideas delirantes de referencia y persecución. También se obtuvo trastorno de ansiedad generalizada. Todo esto sería más adelante profundizado con otro tipo de cuestionarios.

También mencionó que una vez se tomó 30 pastillas de Lorazepam, pero sin querer hablar mucho del tema.

Después de analizar toda esta información se vio necesario recabar más información y ahondar en ello. Se decidió pasar otra entrevista semiestructurada la cual debería incluir los siguientes aspectos: información sobre su familia y entorno para así desarrollar un genograma, ciclo vital de la paciente, recabar información acerca de la medicación y los parámetros pertinentes (cuándo empezó, cuánto tomaba, por cuánto tiempo, cuándo y cómo lo dejó...), aclarar las actividades de su tiempo libre y especificar mejor qué hace y cómo lo vivencia. También se explorarían las ideas e intentos suicidas, así como la sobredosis de 'Lorazepam' especificando antecedentes, desarrollo, consecuentes... Se explorarían las ideas paranoides (las cuales salieron a la luz con la entrevista SCID-I) intentando ver cuándo empezaron, si tuvo tratamiento, cómo ha sido la evolución... y por último información sobre su entorno (familia, novio, amigos), explorar las reacciones, comportamientos, expectativas, experiencias, afecto, apoyo... en relación a la paciente y a su problema.

También se le pidió que en la siguiente sesión trajera los informes psicológicos y psiquiátricos de cuando acudió a terapia para ver la información y lo que se recogió. A pesar de decir que los buscaría para entregarlos tras todos los meses de evaluación nunca los entregó, a pesar de habérselos solicitado en diversas ocasiones.

3.2. Segunda evaluación.

Se realizó una tercera sesión (7 de marzo) donde se procedió a pasarle la entrevista semiestructurada número II a la paciente para recabar la información ya descrita, la cual también fue grabada y la transcripción de la misma se recoge en el Anexo II. Tuvo una duración de 1 hora y 20 minutos aproximadamente. Con los datos obtenidos en la entrevista, se elaboró el genograma, el cual se puede ver en el Anexo III.

En esta entrevista se recabó más información de su familia (trabajo, relaciones, enfermedades, educación, problemas destacables...) así como de sus amigos y el novio.

Sus padres son testigos de Jehová pero Laura no. Contó que su madre (ama de casa) había tenido depresión por un aborto de cinco meses hace 33 años. Tuvo que tomar ansiolíticos. La depresión remitió pero cuando tuvo a su hijo Miguel tuvo depresión post-parto y se alargó. Cuenta que cuando su madre tiene un mal día se pone muy nerviosa y no actúa de manera adecuada.

Su padre tuvo un accidente de tráfico y tiene medio cuerpo paralizado (trabajaba en una fábrica de faros). Con respecto a su hermana, Laura cree que tiene ansiedad pues dice que reacciona muy ansiosa ante las cosas. Tiene otro hermano. Se lleva bien con sus dos hermanos, aunque mejor con su hermano que con su hermana.

Su novio tiene 24 años, está estudiando y vive en su mismo pueblo. Se ven unos 5 días a la semana y hacen varias actividades juntos. Están juntos desde hace 6 años y se conocieron porque salían en el mismo grupo. Ahora mismo la relación está bien aunque con muchos altibajos. Laura le da mucha importancia a una vez que su novio le engañó. Le dijo que no fumaba “porros” y en realidad lo había estado haciendo durante 4 años de relación. Su novio también estuvo yendo a terapia porque era muy inseguro pero ya está bien, aunque cuenta que hay desconfianza en la relación.

Con respecto a su infancia y adolescencia tenía buenas relaciones con los compañeros y amigos y le iba bien académicamente. Quedaba todos los días con una amiga y salían pero cuando llegaba el fin de semana sus padres apenas le dejaban salir (por su religión), hasta los 15-16 años, donde ya le dieron más libertad. Eran muy estrictos de con quien salía y cuándo.

Con respecto al consumo de cannabis, comenzó en 3º de la E.S.O. Empezó porque todos fumaban y le ofrecían y acabo probándolo. Al principio fumaba caladas pero luego salía todas las semanas a fumar y después todos los fines de semana se fumaba uno. Su círculo de amigos fumaba y la mayoría sigue fumando, excepto dos amigas y ella. Nunca se sintió presionada y se sentía bien cuando consumía. En 1º de bachillerato decidió dejarlo porque se puso a estudiar en serio. Lo dejó de golpe y no tuvo abstinencia.

Empezó el Bachillerato de Humanidades en el mismo centro, con los mismos amigos y un buen rendimiento académico.

En 2º de Bachillerato empezó a sentir ansiedad ya que se sentía agobiada por los exámenes y selectividad y veía que no tenía tiempo. Cuenta que sufrió muchos ataques de ansiedad pero que no recibió ayuda de ningún tipo, solamente que sus padres le apoyaron para que dejara el curso y lo intentara al año siguiente. Cuando le daban ataques en clase se ponía a llorar, se salía de clase, iba al baño y se tranquilizaba. Ahí no fue al psicólogo porque su madre

es muy escéptica y no cree en ello. Debido a este estado decidió abandonar segundo de bachillerato.

El año que dejó bachillerato se sintió muy baja de ánimo y sin ganas de hacer nada, tenía el apoyo de su familia y se comportaban normal, no se hablaba de ello. No hacía nada, estaba todo el día en casa, muy deprimida. Cuando retomó segundo de bachillerato volvió a sacar buenas notas, tener buen estado ánimo y volvió a la rutina y sin ansiedad explicando que era porque se sentía más a gusto con la gente que estaba y se mentalizó que tenía que estudiar para el futuro.

Eligió la carrera de psicología debido a que su familia no podría costearse una carrera fuera de Jaén, aunque otras carreras le gustaban más, pero vio que sacaba buenas notas y decidió cogerse una más “complicada” como psicología. Tenía buenas relaciones con la gente y buenas notas académicas y su estado de ánimo era bueno y no tuvo ansiedad en ningún momento hasta el segundo cuatrimestre de 3º de carrera. Aquí tenía menos relación con sus amigos porque ellos se iban quedando atrás. Además, ese año una buena amiga suya estaba en Australia y apenas tenía contacto con ella y se sentía sola. Empezó otra vez a tener ansiedad y bajo estado de ánimo. Cuenta que tomaba seis ‘Red-Bulls’ al día más pastillas para dormir (en un principio dijo que tomaba Lorazepam, pero después se descubrió que era Dormidina). Al acabar tercer curso le dio un bajón y además ocurrió el acontecimiento donde su novio le mintió. Lloraba todo el día y con dolor en el pecho hasta que fue al médico el cual le recetó Diazepam y Lorazepam y cuenta que se medicaba como quería y que en vez de una pastilla se tomaba ocho, para que le hiciera más efecto. Cuando sus padres vieron esto decidieron llevarle al psiquiatra del hospital de Jaén donde le mandaron Lorazepam y antidepresivos, quitándole el Diazepam. Aun así tomaba la medicación como quería. Al tiempo su madre le llevó a una psicóloga privada.

Tuvo pensamientos de quitarse la vida porque solo quería dormir y no pensar y tenía un cúmulo de cosas y lo llevó a cabo, aunque no fue premeditado. Dice que tenía muchas cajas de pastillas y pensó que si se tomaba muchas y no despertaba no pasaría nada. Dice que estaba en su casa y se las tomó (30 pastillas de Lorazepam) y como estaba cansada se acostó y se durmió. Recuerda dormirse y luego despertarse en el hospital. Por lo visto le mandó un mensaje a su novio diciéndole ‘Adiós’, él se asustó y avisó a una amiga y ésta fue a casa de Laura. La amiga le contó que hablaba como atontada y jugueteando. La amiga avisó a los padres y le llevaron al hospital. Cuando despertó vio a su hermana, su cuñado, su hermano, su novio y sus padres y estaba como drogada preguntando que qué hacía allí, aunque sí se

acordaba de que se había tomado las pastillas. Los psiquiatras hablaron con ella y dijeron que no veían nada grave, le hicieron preguntas para ver si tenía intención de volverlo a hacer pero ella contestaba que no porque su familia le presionaba con cosas como cuidado con lo que dices que te quedas aquí en la 7ª planta. Pasó esa semana hospitalizada y estaba drogada ya que dice que los efectos duran bastante. En su círculo no se habló nada del tema, es tabú. Cuenta que cuando despertó le preguntaron que cómo estaba y su hermano se estaba riendo. Dice que su familia considera que lo hace para llamar la atención, por eso no se habla, para no darle más importancia y que hasta que no le han visto con ataques de ansiedad y dolor en el pecho fuerte no se lo han tomado más en serio. A raíz de esto estuvo yendo a revisiones con el psiquiatra del hospital y dejó de ir a la psicóloga privada diciéndole que le había ido peor con su terapia.

En el momento de la entrevista dice que en ese momento no se quitaría la vida pero que sí lo piensa porque se aburre de vivir, no tiene interés ni alegría.

Su último año de carrera no le gusta y está desmotivada, pero que debe acabarla porque sus padres no le dejarían que abandonase. Ha seguido conociendo gente nueva y no le ha costado pero no le gusta conocer gente porque luego le decepcionan.

En cuanto a los veranos, donde no hay clases, cuenta que fueron bien pero que el verano de 2016 no lo pasó bien ya que ese año dejó de comer carne y en las vacaciones con los padres de su novio y este, ellos no lo entendían y se sentía incómoda. Dice que si hubiese estado bien anímicamente no le hubiese importado pero que ahí estaba más vulnerable. Tiene dos o tres días en los que está bien pero la mayoría está mal.

Cuando se le pregunta que qué ha ocurrido en el periodo de 2º de bachillerato a 3º de carrera que no ha tenido ansiedad cuenta que hay épocas en que todo va bien, no hay problemas ni preocupaciones y es feliz y que ella se encuentra más fuerte ante las cosas, sin embargo hay otras épocas donde todo se acumula (su novio dice que es muy negativa). No ha tenido grandes problemas pero se agobia cuando sus padres discuten, le ponen muy nerviosa o cuando su novio dice algo que le sienta mal. Ahí empieza a pensar en lo mal que le va todo.

En cuanto a la medicación explica que era dependiente del Lorazepam (aunque los efectos secundarios era que estaba atontada, con los ojos caídos, distraída y con pérdidas de memoria) pero que tenía la mente en blanco y eso le gustaba. Tras tomarse las 30 pastillas y tener la sobredosis decidió que no quería seguir tomándolo (al principio lo echaba de menos). El Diazepam lo dejó porque se lo dijo la psiquiatra y no le costó dejarlo porque tenía el Lorazepam que es más fuerte. En cuanto a los antidepresivos no tomaba más de la cuenta ya que se los suministraba su madre y los dejó cuando fue a la psicóloga ya que ésta le dijo que

para hacer terapia (se hizo terapia cognitivo-conductual) sería conveniente no tomarlo. Lo dejó progresivamente.

Explica que le gusta hacer actividades y que disfruta de ellas (aunque otras veces comentó que no tiene ganas de hacer nada y que está desmotivada) y que lo único que no le gusta es ir a la Universidad porque esta desmotivada. Tampoco le gusta salir porque no se siente cómoda porque ‘está deprimida y sus amigas siempre tienen ganas de salir y se ríen...y a ella nada le hace gracia’. Corre y va al gimnasio 4 veces por semana, ve series de televisión, saca a los perros a pasear y disfruta con todo ello. Su familia y novio intentan que haga cosas pero sus amigas no, al principio le insistían mucho pero se han cansado.

Cuenta que desconfía de mucha gente, que siempre ha sido muy desconfiada aunque con un límite, desconfía mucho de sus amigas y de su novio desde que la engañó. Cree que su familia sí le valora pero su novio y sus amigas regular. Cuando la psicóloga le diagnosticó trastorno paranoide de la personalidad dice que estas ideas fueron a mejor porque se decía a sí misma que no debía pensar así de los demás. En un principio comentó que nadie de su entorno sabía apenas de su problema, que sabían lo justo pero después cuenta que su familia lo sabe todo porque la psicóloga se lo contó a ellos. Solo lo habla con una amiga que también tiene ansiedad.

Al final de la entrevista cuenta que dos semanas atrás sufrió un ataque de ansiedad porque no tenía ganas de hacer nada y se agobió con el TFG, un examen y el inglés. Se lo dijo a su madre y la llevó al médico. Allí le dijeron que tenía las pulsaciones muy altas, que le harían un electrocardiograma. Le mandó pastillas (Alprazolam) pero dice que solo se la tomó ese día, porque no quiere volver a tomar pastillas porque no tiene control (cuenta que se compra valeriana y se llega a tomar 10 pastillas). A raíz del último ataque de ansiedad su familia está muy pendiente de ella preguntándole continuamente y eso a Laura no le gusta. Dice que o evitan las cosas o no actúan con normalidad.

3. 3. Delimitación del problema.

Para definir el problema se usaron varios cuestionarios complementando la información obtenida en las entrevistas anteriores. Estos se le entregaron a la paciente en una de las sesiones para hacerlos en casa. Además se indagó en algunas cuestiones que estaban dudosas, para así completar la información.

Se le explicó como tenía que hacer cada uno de los cuestionarios y que tendría una semana para rellenarlos y devolverlos hechos. Aparte se le entregó el Cuestionario SIMS, el

cual debió rellenar en esa sesión, no en casa (no se mandaron todos los cuestionarios a la vez si no que una semana se mandaron unos cuantos y cuando los devolvió hechos se mandaron los restantes).

A continuación se describen los cuestionarios suministrados así como la información obtenida en cada uno y al final de este apartado se presenta un cuadro resumen que contiene los nombres de las pruebas, qué miden, las puntuaciones obtenidas y la interpretación (en verde se señalan las puntuaciones más significativas):

-*A Parental Bonding Instrument (PBI)* (Parker, Tupling y Brown, 2011): Dicho test consta de 25 preguntas en el cual unos ítems miden el cuidado y otros la sobreprotección tanto del padre como de la madre. Las puntuaciones van de 0 (nada) a 3 (mucho) invirtiéndose la puntuación en alguno de los ítems.

En el caso de Laura se han obtenido las siguientes puntuaciones: Con respecto a la madre, en el cuidado ha obtenido 35 y en la sobreprotección un 7; con respecto a su padre se ve un 32 en el cuidado y un 8 en sobreprotección. Debido a que hay altas puntuaciones en cuidado y bajas puntuaciones en sobreprotección se ve que el estilo parental ha sido de ‘padres óptimos’ por lo que descartamos problemas de algún tipo de apego.

-*Inventario de Personalidad Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)* (Cordero, Pamos y Seisdedos, 1999): Es un cuestionario auto-aplicado que consta de 60 ítems y pretende medir los cinco grandes rasgos de la personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad).

La paciente ha obtenido las siguientes puntuaciones: Extraversión 28, neuroticismo 28, apertura 28, amabilidad 28 y responsabilidad 27 por lo que se ve que se encuentran en la media de cada uno de los rasgos de personalidad, sin destacar ninguno.

-*Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)* (Atienza, Balaguer y Moreno, 2000): Es un cuestionario auto-aplicado que consta de 10 ítems con respuestas desde ‘Muy en desacuerdo’ a ‘Muy de acuerdo’ dando resultados de la autoestima positiva y negativa de la persona.

De acuerdo a las respuestas de la paciente y desde el punto de vista bifactorial se ve una autoestima positiva de 15 y una autoestima negativa de 7, por lo que predomina la autoestima positiva.

-*Escala de estrés percibido (PSS)* (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983): Este cuestionario consta de 14 preguntas que va de 'Nunca' a 'Siempre' teniendo cinco posibilidades de respuesta dando como resultado el estrés percibido por la persona.

La paciente ha obtenido una puntuación de 21 y debido a que las puntuaciones varían de 0 a 56 y el punto de corte para diagnosticar estrés está en 30, se puede decir que no hay prácticamente estrés.

-*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberg, Gorsuch y Lushore, 1982): Consta de dos escalas: una de ansiedad-estado (que sería una condición emocional transitoria) con 20 preguntas y otra escala de ansiedad-rasgo (que sería propensión a la ansiedad relativamente estable) con otras 20 preguntas.

La paciente obtuvo una puntuación en ansiedad-estado de 21 (percentil 50) y una puntuación en ansiedad-rasgo de 25 (percentil 52,5), por lo que se observa que tanto la ansiedad-rasgo como ansiedad-estado se encuentra en la mitad y por lo tanto en la media de lo normal.

-*Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck y Steer, 1961): Es una escala que cuenta con dos partes: por un lado hay una escala más extensa de 21 ítems, variando el número de respuestas en cada pregunta y por otro lado una escala más pequeña con 13 ítems, todos ellos con 4 posibilidades de respuesta.

En la primera escala la paciente ha obtenido 6 puntos de 21 y en la segunda 3 de 13 por lo que se ve que hay ausencia de depresión y que estos altibajos son considerados normales.

-*Inventario Multidimensional de Afrontamiento (COPE)* (Carver, Scheier y Weintraub, 1989): Es una escala con 60 ítems con 4 posibilidades de respuesta desde 'Nunca' hasta 'Siempre'. Esta mide diferentes formas de afrontar la vida en varias subescalas.

En afrontamiento conductual del problema ha obtenido una puntuación de 2, en afrontamiento cognitivo del problema ha obtenido una puntuación de 1,6, en escape cognitivo un 0,67, en afrontamiento de las emociones un 1,67, en escape conductual un 1,44 y en consumo de alcohol y drogas un 0. Se ve que el escape cognitivo es bastante bajo por lo que no lo usa como forma de afrontar las cosas así como que no hay consumo de alcohol y drogas para afrontar situaciones. Los demás se mantienen en la media excepto el afrontamiento

conductual del problema que se alza algo más, por lo que se ve que esta persona realiza acciones para mitigar o solucionar los problemas en lugar de quedarse parada y verlos pasar.

-Inventario de Razones para vivir (RFL) (Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983): Es un cuestionario con 48 ítems donde se debe contestar de 1 a 6 dependiendo de si tiene o no importancia para el sujeto. Este instrumento sirve para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse.

La paciente ha obtenido una puntuación media de 4,67 en supervivencia y afrontamiento, un 4,28 en responsabilidad con la familia, un 5 en preocupación por los hijos, un 1 en miedo al suicidio, un 3,33 en miedo a la desaprobación social y un 1 en objeciones morales. Solo se puede destacar el miedo al suicidio y las objeciones morales ya que tienen puntuaciones muy bajas comparadas con la media, por lo que no le afecta para nada. Por otro lado se ve que destaca un poco la preocupación por los hijos y el miedo a la desaprobación social ya que sube en torno a un punto de la media, por lo que serían las razones más importantes de analizar.

-Lista de chequeo de habilidades sociales (Goldstein, 1978): Es una escala de 50 preguntas que deben ser contestadas de 1 a 4 dependiendo de las veces que la persona realice la acción. Esta se divide en distintas subescalas, cada una con su puntuación.

Con respecto al grupo I (primeras habilidades sociales) obtuvo una puntuación de 90,60, en el grupo II (habilidades sociales avanzadas) un 87,50, en el grupo III (habilidades relacionadas con los sentimientos) un 89,28, en el grupo IV (habilidades alternativas a la agresión) un 80,55, en el grupo V (habilidades para hacer frente al estrés) un 75 y en el grupo VI (habilidades de planificación) un 81,25. De todas, solo sería destacable la habilidad para hacer frente al estrés ya que es la más baja de todos los grupos, siendo aun así una puntuación bastante alta.

-Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith Benjamin, 1999): Es un cuestionario con 119 ítems con respuesta de sí o no que analiza la posibilidad de existencia de algún trastorno de personalidad.

Laura cumple con seis criterios de nueve del ‘Trastorno paranoide de la personalidad’ (a partir de cuatro criterios o más es considerado objeto de exploración) por lo tanto sería

pertinente indagar en este trastorno ya que cumple muchos de los parámetros. En los demás trastornos no llega a cumplir el mínimo de criterios por lo que no habría que explorarlo.

-Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) (González Ordi y Santamaría Fernández, 2005): Este cuestionario consta de 75 preguntas con respuestas de verdadero o falso y que permite la sospecha de simulación de una persona en diferentes ámbitos. Estos ámbitos son psicosis, deterioro neurológico, trastorno amnésico, baja inteligencia y trastornos afectivos. Al analizarlos se puede ver que las elevadas puntuaciones indican que trastorno está intentando simular la persona.

La paciente ha obtenido las siguientes puntuaciones: 1 en psicosis, 1 en deterioro neuropsicológico, 0 en trastornos amnésicos, 6 en baja inteligencia y 5 en trastornos afectivos. Analizando los resultados y de acuerdo a los puntos de corte establecidos se ve que no hay un patrón generalizado de exageración de síntomas. Aun así, se ve un posible patrón de exageración en el parámetro de déficit intelectual ya que falló algunas preguntas de conocimiento general.

-Test de orientación vital (Scheier, Carver y Bridges, 1994): Es una escala de 10 ítems que deben ser contestados de 0 a 4 dependiendo si está de acuerdo o no. Esta dará el resultado del optimismo y pesimismo de esa persona.

La paciente ha obtenido una puntuación de optimismo de 7 y una puntuación de pesimismo de 7, por lo que al final resulta ser 0, lo que indica que se encuentra en un punto intermedio entre pesimismo y optimismo.

CUADRO RESUMEN DE LOS CUESTIONARIOS

NOMBRE PRUEBA	TIPO DE EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
PBI	Cuidado y sobreprotección de padre y madre	MADRE: Cuidado: 35; sobreprotección: 7 PADRE: Cuidado: 32; obreprotección: 8	Padres óptimos
NEO-FFI	Cinco grandes rasgos de las personalidad	-Extraversión: 28, -Neuroticismo: 28 -Apertura: 28 -Amabilidad: 28 -Responsabilidad: 27	Todos se encuentran en la media.
RSE	Autoestima positiva y negativa	-Autoestima positiva: 15 -Autoestima negativa: 7	Predominancia de autoestima positiva.
PSS	Estrés percibido por la persona	21	Se encuentra en la media.
STAI	Ansiedad-rasgo y ansiedad-estado	-Ansiedad-estado: 21 -Ansiedad-rasgo:25	Se encuentra en la media.
BDI	Depresión	-Primera escala: 6/21 -Segunda escala: 3/21	Ausencia de depresión. Altibajos normales
COPE	Formas de afrontar la vida	-Afrontamiento conductual: 2 -Afrontamiento cognitivo del problema: 1,6 -Escape cognitivo: 0,67 -Afrontamiento de las emociones: 1,67 -Escape conductual: 1,44 -Consumo de alcohol y drogas: 0.	Todas normales excepto afrontamiento conducta del problema (más alto) que indica que realiza acciones para solucionar los problemas.

RFL	Razones para no suicidarse	-Supervivencia y afrontamiento: 4,67 -Responsabilidad con la familia: 4,28 -Preocupación por los hijos: 5 -Miedo al suicidio: 1 -Miedo a la desaprobación social: 3,33 -Objeciones morales: 1	El miedo al suicidio y objeciones morales no le afectan (puntuaciones bajas). Preocupación por los hijos y miedo a la desaprobación social si le afecta algo más ya que sube de la media
LISTA DE CHEQUEO DE HH.SS	Posesión de habilidades sociales	-Grupo I: 90,60 -Grupo II: 87,50 -Grupo III: 89,28 -Grupo IV: 80,55 -Grupo V: 75 -Grupo VI: 81,25	Todas se encuentran de la media excepto la habilidad para hacer frente al estrés (Grupo V, la más baja de todas) siendo aun así alta.
SCID-II	Trastornos de personalidad	-Trastorno de la personalidad por evitación: 0 de 7 -Trastorno de la personalidad por dependencia: 0 de 8 -Trastorno obsesivo- compulsivo de la personalidad: 0 de 8 -Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad: 3 de 7 -Trastorno depresivo de la personalidad: 3 de 7 -Trastorno paranoide de la personalidad: 6 de 9 -Trastorno esquizotípico de la personalidad: 2 de 9 -Trastorno esquizoide de la personalidad: 0 de 7 -Trastorno histriónico de la personalidad: 0 de 8 -Trastorno narcisista de la personalidad: 0 de 9 -Trastorno límite de la personalidad: 4 de 9 -Trastorno antisocial de la personalidad: 0 de 14	Possible trastorno paranoide de la personalidad (necesidad de explorar)

SIMS	Sospecha de simulación en psicosis, deterioro neurológico, trastorno amnésico, baja inteligencia y trastornos afectivos	-Psicosis:1 -Deterioro neuropsicológico: 1 -Trastornos amnésicos: 0 -Baja inteligencia:6 -Trastornos afectivos: 5	No hay patrón generalizado de exageración de síntomas. Posible patrón de exageración en el parámetro de déficit intelectual.
TEST DE ORIENTACIÓN VITAL	Optimismo y pesimismo	-Optimismo: 7 -Pesimismo:7 -Total: 0	Neutro, ni optimista ni pesimista.

4. Conclusiones y diagnóstico.

El motivo de consulta de Laura era que tenía bajo estado de ánimo, con escaso interés y motivación por las actividades y el futuro añadiendo su continuada ansiedad ante situaciones amenazantes. También sentía preocupación por su trastorno de personalidad paranoide anteriormente diagnosticado. Quería retomar su vida y no sentirse tan triste y ansiosa así como no desconfiar tanto de las personas.

Al transcribir los resultados de la entrevista general I y la SCID-I se vio que había información muy general, en la cual se percibía que ocultaba cosas o hablaba de ellas de manera muy normal y despreocupada. Se obtuvo información en la entrevista SCID-I que no había salido a la luz en la entrevista general. Contó que había tomado una caja de ‘Lorazepam’ (30 comprimidos) por lo que tuvo que ser hospitalizada. Primeramente, la razón que dio fue que cada vez necesitaba más dosis de pastillas para sentirse mejor, y que fue tomando más progresivamente hasta llegar a ese punto. Sin embargo en la entrevista II cuenta que la razón fue porque quería quitarse la vida, ya que estaba mejor ‘dormida’. Aun así, el procedimiento no fue normal de un suicidio ya que mandó un mensaje a su novio diciéndole ‘Adiós’ rato antes de hacerlo, y en consecuencia este avisó a una amiga para ver qué pasaba. Cuando despertó cuenta que lo primero que vio fue a su hermano riéndose y que sus familiares le dijeron que contestara bien a la psiquiatra que si no se quedaría allí hospitalizada, por lo que se ve como su familia cree que lo hace por llamar la atención, puesto que no se ve excesiva preocupación después de un hecho así.

Se encontraron múltiples contradicciones en las entrevistas; en la entrevista general comentó que dejó por su propia voluntad la medicación recetada por el psiquiatra, debido a que no quería depender de ella y le hacía estar adormecida y no podía pensar, sin embargo en la SCID-I comenta que cada vez necesitaba más dosis para sentirse mejor hasta llegar a tomarse una caja entera de Lorazepam. En esta entrevista también se obtiene información de consumo de cannabis cuando tenía 14 años, información que no contó en la entrevista anterior.

Otra de las contradicciones es que la paciente muestra y describe síntomas de apatía y cuenta que no tiene ganas de hacer nada, sólo de estar sola en casa, y cuanto más duerma mejor porque así no piensa. Sin embargo cuando se le pregunta qué actividades hace en su tiempo libre, comenta que le gusta ver series, hacer deporte, pasear a sus perros y, a veces, salir. También manifiesta que está muy preocupada por el diagnóstico que le dio la psicóloga de trastorno de personalidad paranoide (el cual se descartó en las primeras entrevistas pero que al

pasar el SCID-II volvió a salir) cuando en otros momentos se ve que lo que le incapacita es su bajo estado de ánimo, falta de interés/motivación y ansiedad.

Otro hecho bastante destacable es que al principio comenta que va a empezar a ir al gabinete de la universidad, ya que los escribió dos meses atrás y le habían admitido. Según va yendo, cuenta que le dicen que no tiene trastorno de personalidad paranoide. De forma inesperada a los dos meses cuenta que le han dado de alta en el gabinete hace un mes y que ‘se le ha pasado contarle’ ya que creía que ya lo había comentado. Todo esto lo cuenta de pasada, teniendo que indagarle mucho y quitándole importancia. Además, en el momento en el que en el gabinete le descartan este diagnóstico, de pronto deja de preocuparle y es como si nunca hubiese existido. Se deduce que si ha obtenido el alta en el gabinete con tanta rapidez, es porque a esta persona no le pasa nada y no tienen caso que tratar.

Laura nunca entregó los informes del psiquiatra y de la psicóloga que se le pidieron y ha habido que insistirle mucho para que hiciera los cuestionarios. Al principio estaba muy dispuesta para participar y entregar la información necesaria pero a medida que pasó el tiempo, su colaboración fue disminuyendo diciendo que no tenía tiempo para ello, que estaba muy ocupada con las cosas de la Universidad. Esto da a entender que dejó de estar interesada en participar quizá porque no obtuvo la atención o los resultados que ella buscaba.

Ella cuenta su bajo estado de ánimo y poca motivación, así como ansiedad ante ciertas situaciones, de manera muy exagerada pero cuando se le han pasado los cuestionarios pertinentes, no se ha detectado nada fuera de lo normal en cuanto a trastornos afectivos o de ansiedad. En cuanto a los demás cuestionarios, que miden diferentes cosas, tampoco hay nada destacable que explorar (excepto trastorno paranoide de la personalidad, el cual sale a veces sí y a veces no por lo que tampoco se le da demasiada importancia). Además, al principio su mayor preocupación era trastorno paranoide de la personalidad pero cuando se le descartó este trastorno, empezó a hacer más hincapié en su bajo estado de ánimo y ansiedad.

Resalta el cuestionario BDI, ya que mostraba gran preocupación por su estado de ánimo tan bajo y diagnóstico de depresión y sin embargo las puntuaciones son bastante bajas, tanto como que se consideran altibajos normales en la vida.

Laura es una persona que cuenta algunas cosas con mucho dramatismo y explicando que le afectan mucho en su vida, sin embargo otras cosas las cuenta sin darle importancia e intentando no ahondar mucho en ello, evitando preguntas y respuestas. Destacar que en ciertos momentos de las entrevistas dio la sensación que Laura contestaba lo que se quería oír, es decir, no contestaba sinceramente.

Se han detectado contradicciones, ya que en unas entrevistas decía unas cosas y en otras decía cosas diferentes (en la primera dijo que mezcló Red-Bull y Lorazepam y en la segunda dijo que no era Lorazepam sino Dormidina). También hay que añadir que tras preguntarle de varias maneras de donde sacaba tantas pastillas, nunca supo contestar ni dar una explicación. Esto era importante ya que con ese tipo de medicación se sigue un protocolo para recetarte las dosis cada cierto tiempo, pero ella decía que tenía cajones enteros de pastillas.

También es muy importante el hecho de que su familia diga que lo hace para llamar la atención ya que esto da la sensación de que son cosas que lleva haciendo mucho tiempo y que se provoca los síntomas cuando más le conviene, ya que estos van y vienen de forma muy repentina. Las historias que cuenta son inconsistentes y la mayoría de las veces se contradicen las unas con las otras.

Durante las evaluaciones se han constatado muchos cambios en Laura ya que había días donde estaba muy dispuesta y amable en cuanto a la evaluación y sin embargo otros días se mostraba antipática y molesta. Además se ha mostrado muy insistente en recibir los resultados de los cuestionarios así como saber los diagnósticos de las entrevistas cuando se hicieron en un principio.

Debido a todo el conjunto de contradicciones, su forma de contar las cosas y etapas que van de estar muy mal a estar bien de repente se diagnostica un ‘Trastorno facticio; episodio recurrente’ según el DSM 5 (APA). Se han encontrado mentiras, contradicciones, dramatismo, exageración... y resultados en los cuestionarios que no concuerdan con lo que ella cuenta. También se ve cuando se le descarta el trastorno paranoide de la personalidad y empieza a quejarse más de su depresión, haciendo hincapié en otros síntomas que antes parecían no preocuparle tanto. Además, estas personas suelen tener gran conocimiento de la terminología médica y da la sensación, que al ser estudiante de Psicología, conoce bien los términos de esta así como los síntomas de cada trastorno.

5. Propuesta de tratamiento.

En primer lugar explicar que desde que se supo que Laura iba a ir al gabinete de la Universidad se descartó la idea de hacer una intervención, ya que estaría en manos de profesionales. Aun así, aunque le dieron rápido de baja en el gabinete, se decidió no hacer intervención porque superaba los objetivos de un trabajo de fin de grado.

Debido a que en Laura no hay un foco en el que haya que actuar directamente, ya que no tiene ningún trastorno afectivo, de ansiedad o del algún otro tipo real en el que se pueda

plantear un tratamiento con técnicas y herramientas a priori muy específicas, se propone hacer un tratamiento desde la perspectiva sistémica proponiendo terapia familiar sistémica.

En el tratamiento se propondrían una serie de objetivos iniciales, intermedios y finales a seguir con la familia y Laura. Así, habría una organización y esquema a seguir intentando alcanzar los objetivos propuestos. A continuación se desarrollará cada punto para su mejor entendimiento y al final se encuentra un cuadro resumen de los objetivos:

➤ *Objetivos de la sesión inicial:*

-Instaurar límites y organización en la terapia: consta en que el terapeuta se presente y explique su rol y su trabajo. Se explicaría a la familia que las sesiones serán grabadas en vídeo para su posterior revisión y supervisión así como quién tendrá acceso a ellas. La familia tiene la opción de autorizarlo o no. También se asegurará la confidencialidad de la información. Se explicaría la duración de las sesiones y las pausas. La duración y día de las terapias sería acordado conjuntamente entre la familia y el terapeuta.

- Crear un vínculo y compromiso con la familia: Habrá que promover un ambiente empático, cálido para que haya confianza y buena alianza terapéutica. Se escuchará a todos los miembros que forman la familia, haciéndolo al principio de manera individual. Se verá que puede contribuir cada uno en las sesiones.

-Recoger información: Se vería de nuevo el motivo de consulta, la relación de los familiares con Laura, experiencias anteriores en terapia, preocupaciones y expectativas de la terapia. Se recogerá información del sistema con el que estamos trabajando con respecto a otros sistemas, las relaciones, historias, normas familiares, roles...Será importante prestar atención a las formas de comportamiento que identifiquen como problemáticas. Habrá que ver los actos que ha realizado la familia para intentar solucionar el problema y su efectividad.

-Establecer objetivos: Se plantearán de manera que exprese posibilidad de un cambio, que vean que es posible y que se trabajará con ellos en esa dirección. Así, aparte de establecer objetivos, se creará más confianza con el sistema.

➤ *Objetivos de las sesiones intermedias:*

-Desarrollar el vínculo: Se seguiría creando un ambiente empático y de neutralidad. Se dará al sistema alternativas acerca del proceso y se resolverán problemas familia-terapeuta en el momento en el que ocurran.

-Recoger información y orientar la discusión: Se seguiría obteniendo información de los problemas, haciendo hincapié en las consecuencias. Se verían las formas de comportamiento y

retroalimentación del sistema en cuanto a las interacciones, conductas y emociones. Las soluciones para la familia deberían ir incrementando a lo largo de la terapia.

-Identificar y examinar las creencias: Habrá que explorar las creencias, pensamientos y comportamientos del sistema ya que puede estar contribuyendo al problema.

-Trabajar hacia el cambio en cuanto a conductas y creencias: habrá que moverse hacia el punto donde puedan cuestionar las creencias que tienen. Habrá que crear una distancia entre el sistema y el problema para liberarlos de la presión para que puedan reflexionar sobre ello. Se reencuadrarán de forma positiva las ideas de la familia para que coincida con sus realidades. Se desarrollarán nuevas explicaciones con nuevas ideas o narraciones. También sería importante tener información de las soluciones que ya han intentado y generar ideas para crear nuevas soluciones. Hay que prestar atención a lo que la familia piensa acerca del progreso y hacer ver a la familia que tiene capacidad de control, así se responsabilizarán de sus roles y conductas.

-Retomar los objetivos: Se deberá volver al tema de las metas de la terapia en caso de que estas no parecieran claras en la etapa inicial o han cambiado debido a cambios en el sistema. Si se han logrado, se pueden renegociar para conseguir resultados más amplios.

➤ *Objetivos de las sesiones finales:*

-Recoger información y orientar la discusión: Sigue siendo importante recopilar información aunque en esta etapa se puede enfocar de diferente perspectiva.

-Seguir trabajando hacia el cambio: Se seguirá hacia el cambio de conductas y creencias

-Desarrollar el entendimiento de conductas y creencias del sistema: hay que llevar a la familia a que entiendan los procesos de las dificultades. Habría que ver sus prejuicios, sentimientos y reacciones.

-Decisión de como cerrar la terapia: Se decidirá hacer un cierre de terapia cuando la situación del sistema o los problemas hayan mejorado. También se procederá a cerrarse en caso de que el sistema este insatisfecho con la terapia. Por otro lado en caso de ausencia de la familia a las sesiones o falta de colaboración. Cuando se propone terminar se verá qué seguimiento debe hacer la familia, qué hacer en caso de nuevas dificultades o con quien se contactará después de la terapia.

-Revisión del proceso terapéutico: Se haría una revisión del proceso y cualquier tema no aclarado en las terapias deberá ser resuelto aquí.

CUADRO RESUMEN DE LOS OBJETIVOS

Objetivos sesión inicial	Objetivos sesiones intermedias	Objetivos sesiones finales
1. Instaurar límites y organización de la terapia. 2. Crear un vínculo y compromiso con la familia. 3. Recoger información 4. Establecer objetivos.	1. Desarrollar el vínculo 2. Recoger información y orientar la discusión. 3. Identificar y examinar las creencias. 4. Trabajar hacia el cambio en cuanto a conductas y creencias. 5. Retomar los objetivos.	1. Recoger información y orientar la discusión. 2. Seguir trabajando hacia el cambio. 3. Desarrollar el entendimiento de conductas y creencias del sistema. 4. Decisión de como cerrar la terapia 5. Revisión del proceso terapéutico.

Se quiere trabajar con el entorno más cercano de Laura para llegar a comprender las formas de comportamiento que tienen, creencias del problema y de Laura, expectativas así como historias que han ido creando a lo largo de la vida y el contexto en que se desarrollan. Conociendo todo esto se podrían introducir ciertas pautas para que haya cambios e inflencie a la familia. Así, se crearán diferentes percepciones y formas de actuar en cuanto al problema de Laura. Para esta terapia es importante saber no solo quien vive con Laura sino quien forma parte y es importante en su sistema familiar ya que suponemos que su novio es de gran importancia para ella.

En la terapia habrá que señalar los temas y eventos vitales importantes que hayan ido sucediendo, dificultades que haya podido haber en los vínculos, definir las redes, hacer lluvia de ideas con temas y cuestiones que puedan ser importantes para la familia, usar preguntas circulares y es muy importante identificar las creencias de la familia ya que son estas las que pueden estar manteniendo el problema (Pote, y otros, 2004).

Tendríamos que explorar a fondo las interacciones de todos los miembros de la familia (así como de quién es importante en su sistema familiar), estudiar la historia pasada para ver cómo se pudo llegar a este problema y qué lo puede estar manteniendo, ver las conductas de cada uno, creencias e historias de cada uno y al mismo tiempo que se ve esto individualmente, lo vamos haciendo conjuntamente. Hay que tratar a la familia en su totalidad. Son muy importantes las percepciones de la propia familia, más que las del terapeuta.

En un sistema, las acciones de cada miembro afectan a los demás. Aparte, todos los comportamientos transmiten un mensaje, hay comunicación incluso sin lenguaje y puede que

nuestra paciente actúa así por las acciones, retroalimentación y mensaje de los demás. Sería conveniente ver el punto en que empezó este problema, si fue por una enfermedad real o no (en caso de afirmativo ver si fue física o psicológica), si fue reforzada y las interacciones y conductas que existieron.

También sería conveniente estudiar los límites familiares (y así el tipo de familia que ha sido en cada momento), ya que en nuestro caso en la adolescencia de Laura los límites fueron rígidos pero ahora parecen más flexibles, por lo que puede ser determinante para el desarrollo de la conducta de Laura. Se exploraría las posibles triangulaciones, coaliciones o alianzas que puedan existir o haber existido (Minuchin S. , 1974).

Además, este trastorno no sólo está afectando a Laura sino que también afecta a todo su círculo en general ya que incide en quejas continuas, tienen que visitar al médico, ha habido un intento de suicidio (supuestamente) y todo esto influye en su sistema y en las interacciones y relaciones que hay entre ellos.

Habría que ver la definición que da el círculo vital al problema de Laura y ver como se agrupan en torno a ese tema y las respuestas que han ido dando a lo largo del tiempo (Minuchin y Charles Fishman, 2004). Sería conveniente realizar sesiones tanto con los miembros separados como con todos conjuntamente.

A parte de trabajar conjuntamente con todo su círculo vital, es muy importante trabajar con ella para que deje de simular/inducirse signos y síntomas. Habría que indagar cuales fueron las causas de que comenzaran esos síntomas y qué busca Laura para sentirse bien. Así pues, quizás no haya que tratar el trastorno facticio en sí, sino otros problemas o carencias que fueron los que derivaron en este problema, como falta de atención, afecto o desconfianza por ejemplo. En este caso, trabajando con su círculo vital se intentaría subsanar lo que hace a Laura actuar así, y tratando el problema desde la raíz, que ya no sienta la necesidad de actuar así.

En todo momento se descartaría la opción de usar antidepresivos, como algunos estudios proponen, puesto que ya los tomó y no obtuvo resultados. También se evitaría usar la confrontación ya que según las investigaciones no da buenos resultados al ser una forma de causar ira y rechazo ante la persona.

6. Referencias bibliográficas.

- Angosto Saura, T., Díaz Piñeiro, A., Fernández Sastre, J., & Iglesias Rodríguez, C. (1989). Actualidad del Síndrome de Munchausen: su médico, su cuerpo y su dolor. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 381-398.
- APA. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico*. Barcelona: Masson.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association (text revision).
- APA. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON S.A.
- APA. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Asher, R., & Lond, M. (1951, Febrero 10). Munchausen's syndrome. *The Langet*, pp. 339-341.
- Atienza, Balaguer, & Moreno. (2000). Rosenberg Self-Steem Scale.
- Ballesteros, R. F. (n.d.). *Evaluación Psicológica*. Pirámide.
- Beck, & Steer. (1961). Beck Depression Inventory.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva De La Depresión*. Desclee de Brouwner.
- Carney, M. (1980). Artefactual illness to attract medical attention. *Br J Psychiatry* 136, 542-547.
- Carver, Scheier, & Weintraub. (1989). Coping Orientations to Problems Experienced.
- Catalina, M., de Ugarte, L., & Moreno, C. (2009). Trastorno facticio con síntomas psicológicos. Diagnóstico y tratamiento ¿Es útil la confrotación?, (pp. 57-59). Madrid.
- Cohen, Kamarck, & Mermelstein. (1983). Perceived Stress Scale.
- Cordero, M., Pamos, A., & Seisdedos, N. (1999). *Inventario de personalidad reducido a cinco Factores (NEO FFI)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Corrigan, P., & Miller, F. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13, 537-548.
- Corrigan, P., Watson, A., Byrne, P., & Davis, K. (2005). Mental illness stigma: Problem of public health or social justice? *Social Work*, 50 (4), 363-368.
- Denny, S., Grant, C., & Pinnock, R. (2001). Epidemiology of Münchausen Syndrome by Proxy in New Zealand. *J Paediatr Child Health*.
- Eastwood, S., & Bisson, J. (2008). Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 209-218.
- Eisendrath, S., & McNiel, D. (2004). Factitious physical disorder, litigation, and mortality. *Psychosomatics*, 45, 350-353.
- Enoch, D., & Ball, H. (2007). *Síndromes raros en psicopatología*. Madrid: Triacastela.
- Espinosa, A., Figueras, B., Mendilahaxón, J., & Espinosa, A. (2000). Síndrome de Münchausen: Un Reto para el Clínico. *Revisión Cubana Médica*, 228-237.
- Feldman. (2006). Recovery from Munchausen syndrome. *Southern Medical Journal*, 99, 1998-1999.
- Feldman, M. D. (2006). Recovery from Munchausen syndrome. *Southern Medical Journal*, 99(12), 1998-1999.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, W., & Smith Benjamin, L. (1999). *SCID-II. Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Fliege, H., Grimm, A., Eckhardt-Henn, A., & Gieler, U. (2007). Psychosomatics. Frequency of ICD-10 factitious disorder: Survey of senior hospital consultants and physicians in private practice, 60-64.

- Fliege, H., Grimm, A., Eckhardt-Henn, A., Gieler, U., Martin, K., & Klapp, B. (2007). Frequency of ICD-10 factitious disorder: Survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics*, 48(1), 60–64.
- Goldstein. (1978). Lista de chequeo de habilidades sociales.
- González Ordi, H., & Santamaría Fernández, P. (2005). *SIMS. Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas*. Madrid: TEA ediciones.
- Hagglund, L. A. (2009). *Archivos de enfermería psiquiátrica*, 58-64.
- Hales, R., Yudofsky, S., & Talbott, J. (1996). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ancora S.A.
- Kinsella, P. (2001). Factitious disorder: A cognitive behavioural perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 195-202.
- Kooiman, C. (1987). Neglected phenomena in factitious illness: a case study and review of literature. *Compr. Psychiatry* 28, 499-507.
- Krahn, L. E. (2003). Patients who strive to be ill: Factitious disorder with physical symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1163–1168.
- Krahn, L., Li, H., & O'Connor, M. (2003). Patients who strive to be ill: Factitious disorder with physical symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1163-1168.
- Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles. (1983). Reasons for Living Inventory.
- Minuchin, S. (1974). *Families and therapy family*. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S., & Charles Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Nadelson, T. (1979). The Munchausen spectrum: borderline character features. *Gen Hosp Psychiatry* 1, 11-17.
- O'Shea. (2003). Factitious disorders: The Baron's legacy. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 7, 33–39.
- O'Shea, B. (2003). Factitious disorders: The Baron's legacy. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 7, 33-39.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. (2011). A Parental Bonding Instrument.
- Pope, H., Jonas, J., & Jones, B. (1982). Factitious psychosis: phenomenology, family history, and long-term outcome of nine patients. *Am J Psychiatry* 139, 1480-1483.
- Pote, H., Stratton, P., Cottrel, D., Boston, P., Shapiro, D., & Hanks, H. (2004). *Manual de Terapia Familiar Sistémica*. Chile.
- Prasad, A., & Oswald, A. (1985). Munchausen syndrome; An annotation. *Acta psiquiátrica escandinava*, 319-322.
- Pridmore, S. (2006). Psychiatry, Uta ePrints.
- Repper, J. (1995). Münchausen Syndrome by Proxy in Health Care Workers. *J Adv Nurs*, 299-304.
- Scheier, Carver, & Bridges. (1994). Test de orientación vital.
- Schlesinger, R. D. (1989). Factitious disorder with physical manifestations: Pitfalls. *Southern Medical Journal*, 210-214.
- Spielberg, C., Gorsuch, R., & Lushore, R. (1982). State-Trait Anxiety Inventory.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushore, R. (1982). *Escala de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Entrevista general I

- 1. ¿Cuál es su edad?**
-23.
- 2. Estado civil**
-Soltera.
- 3. Nivel de estudios**
-Cursando cuarto curso del grado de Psicología.
- 4. ¿Cuál es su principal motivo de consulta?**
-Ha estado en tratamiento psicológico, tanto con psiquiatras como con psicólogos. Le han diagnosticado trastorno ansioso-depresivo y trastorno paranoide de la personalidad.
- 5. ¿Cuál es el principal de los dos?**
-Primero fue a consulta por el trastorno ansioso depresivo el cual se lo diagnóstico la psiquiatra pero la psicóloga de pago le dijo que la ansiedad estaba derivada de un trastorno paranoide de la personalidad.
- 6. ¿Desde cuándo presenta el problema?**
-En tercero de carrera (año 2015/2016) le dio mucha ansiedad por los exámenes, no dormía porque tomaba mucho 'Red-bull', se tomaba 'lorazepam' para dormir, entonces mezcló cosas y le dio ansiedad muy grave. A finales de tercer curso fue a peor, pero dice que siempre ha tenido ansiedad, en segundo de bachillerato también dejó de ir porque le dio ansiedad.
- 7. ¿Qué percibes y sientes respecto al problema?**
-Cuenta que obviamente mal, antes no le afectaba tanto pero ahora lleva una temporada que sale menos, se relaciona menos con la gente, sus amigas salen y se siente incómoda y no quiere salir. Antes no le afectaba porque le daba ansiedad pero no era tan fuerte pero ahora le afecta más. No le gusta ni ir a la universidad.
- 8. ¿Ocurrió algo en su vida que asocie al desarrollo de este problema?**
-En segundo de bachillerato dejó de ir, ese curso lo perdió y empezó otro curso nuevo porque le dio ansiedad y no recuerda que pasara nada en ese año. El año pasado, cuando tuvo ansiedad fue por los exámenes. Ahí fue porque no dormía bien, mezcló 'lorazepam' con 'Red-bull'...
- 9. En caso de que sí, ¿Cómo vivenció ese suceso?**
-Lo pasó mal con eso, porque tenía mucha ansiedad.
- 10. ¿Cómo cree que ha sido la evolución del problema?**
-A peor, a muchísimo peor y dice que si no le pone medios va a ir más a peor.
- 11. ¿Hay momentos o circunstancias en las que mejoren o empeoren sus síntomas?**
-Cuando se pelea con su novio, le da mucha ansiedad y se pone muy nerviosa y ansiosa. Esta época de exámenes ha estado bien, después de lo que le pasó en la anterior, ha dormido más, no se ha puesto tan nerviosa.
- 12. ¿Cuáles son sus pensamientos cuando mejoran o empeoran los síntomas?**

-En ese mismo momento no se doy cuenta entonces no puede poner medios para tranquilizarse, no lo puede controlar. Al rato se doy cuenta de que no se controlo.

13. ¿Dónde vives?

-Torredonjimeno.

14. ¿Cuántos miembros sois en tu familia?

-Cinco, los padres, una hermana y un hermano.

15. ¿Cómo es su entorno familiar?

-Es bueno.

16. ¿Con quién vives actualmente?

-Viven los cuatro (hermano, padres y ella). Su hermana se casó pero está siempre en casa de la P.I, como si no se hubiese ido.

17. ¿Cómo es la relación con cada miembro de su hogar?

-Bien con todos, tiene sus cosas con ellos pero como todo el mundo.

18. ¿Cómo es su entorno social?

-Bien, era bueno pero ahora se he aislado un poco más por su problema.

19. ¿Cómo son tus relaciones sociales?

-Ha ido perdiéndolas y le cuesta mucho hacer nuevas amistades. Las que tiene las está dejando de lado.

20. ¿A qué se dedica actualmente?

-Estudia.

21. En caso de estudiante, ¿Cómo es su rendimiento académico?

-No está mal, podría estar mejor. No tiene mucha motivación. Tenía motivación pero la ha perdido desde que le pasó eso.

22. ¿No estás motivada por acabar tu carrera?

-Acaba la carrera sin que le guste

23. ¿Esto te pasa desde que empezó tu problema?

-Sí, desde que fue al psicólogo y al psiquiatra, no le gustó como le trataron. Cosas que vio que no le gustaron.

24. ¿Has pensado en dejar la carrera?

-Sí pero como está en cuarto de carrera sus padres no le dejan.

25. ¿Consumes algún tipo de sustancia?

-No.

26. Respecto a tu estilo de vida, ¿Cuáles son tus hábitos diarios?

-Se levanta, va al B1, hace deporte, porque se lo recomendó la psicóloga, come, va a la universidad, se va a casa, se va su novio a su casa un rato y se acuesta. Si alguien va a verle, bien, si no ella sale poco.

27. ¿Respecto a la comida han empeorado tus hábitos?

-Sí, no come a penas. Nunca ha comido bien pero ahora come muchísimo menos.

28. ¿Has perdido peso desde entonces?

-Sí.

29. ¿Qué actividades sueles hacer en tu tiempo libre?

-Deporte, ve series, saca a los perros a pasear que le gusta mucho. Más que nada pasar tiempo sola.

30. ¿Te sientes motivado en las actividades diarias?

-Cuando hace deporte se siente bien y cuando saca a los perros disfruta mucho pero poco más. Respecto a lo demás no le gusta ni salir, ni ir a la universidad. Va obligada y sale para que no le digan que no sale.

31. **¿No te gusta que te pregunten respecto al problema?**
-Nada.
32. **¿Crees que tu problema de incapacita a la hora de hacer ciertas actividades?**
-Sí porque no se siento a gusto.
33. **¿Ha sufrido alguna enfermedad física importante?**
-No.
34. **¿Cómo es tu estado de salud actual?**
-Físicamente bien.
35. **¿Tienes interés o motivaciones para tu futuro?**
-Cero.
36. **¿Ha acudido antes a un profesional en busca de ayuda?**
-Sí, psicólogo y psiquiatra.
37. **¿Se siguió algún tratamiento farmacológico?**
-Sí, le mandaron antidepresivos y lorazepam.
38. **¿Se siguió algún tratamiento psicológico?**
-Sí, hizo terapia cognitivo conductual. La psicóloga hablaba con ella y le decía que se lo tomase de otra manera. Le hizo un ejercicio con trenes en el que en un vagón de tren ponía todos sus pensamientos y con los ojos cerrados visualizabas como ese vagón se iba con todos tus pensamientos malos y llegaba otro tren con otros pensamientos más positivos.
39. **¿Cuáles fueron los resultados?**
-No hubo resultados. No le fue muy bien.
40. **¿Cuánto tiempo estuviste visitando a cada uno?**
-Al psiquiatra todavía sigue yendo a revisiones esporádicas y con la psicóloga estuvo dos meses. Lo dejó porque seguía igual.
41. **En caso de fracaso, ¿Por qué cree que falló la terapia?**
-Cree que fue por la psicóloga y por ella misma. No estaba muy motivada porque veía que la psicóloga no se implicaba tanto en su problema, por ejemplo llegaba tarde, no la veía muy motivada a solucionar el problema y como veía que no le hacía mucho caso, la paciente también pasaba y fue una mezcla de los dos.
42. **¿Pero en un principio sí que estabas motivada para el cambio?**
-Sí pero a raíz de ver que no se involucraba se desmotivó.
43. **¿Y con respecto al psiquiatra?**
-Bien, muy bien. Lo que pasa es que no le gusta la psiquiatría porque le mandan medicinas y por eso no las toma. Las dejó porque ella quiso.
44. **¿Notaste cambio al dejar las medicinas?**
-Con los antidepresivos estaba atontada todo el día, no pensaba prácticamente y por eso decidió dejarlo. Además dice que su problema sería erradicar el principal que es el trastorno paranoide, y no tratar primero el trastorno ansioso depresivo.
45. **¿Has intentado poner solución por ti mismo?**
-Si pero es imposible. No sabe cómo tratar el trastorno paranoide de la personalidad que para ella es el que más le afecta. Aunque a veces piensa que a lo mejor la psicóloga se equivocó, pero si tengo esas ideas es porque cree que sí que lo tiene.
46. **¿Qué personas saben acerca de tu problema, en caso de que las haya?**
-La terapeuta, la psiquiatra y ahora ((yo)). Su familia sabe que fue a terapia pero no sabe el trastorno en sí, ni de que va ni lo que pasa. Ellos piensan que tiene un

trastorno ansioso depresivo pero no saben porque está provocado. Tampoco le preguntan.

47. En caso afirmativo, ¿Qué han intentado?

-Nada, llevarle al psicólogo y al psiquiatra y ya está.

48. ¿Cuáles son sus expectativas respecto a nuestra intervención?

-Ir a mejor.

49. ¿Qué aspectos le gustaría trabajar y cambiar?

-Le gustaría tener menos ansiedad, salir más, relacionarse, cambiar un poco todo.

50. ¿Hay algún otro aspecto que te gustaría comentarme y no hayamos hablado?

-Está en el gabinete de la universidad. Empieza el jueves 23 de febrero, los escribió hace dos meses y le han contestado ahora.

51. ¿Cada cuánto vas al psiquiatra a las revisiones?

-Como es por la seguridad social cada tres meses más o menos. La última vez que acudió fue en verano.

52. ¿Y cómo fue?

-Le dijo que porque había dejado la medicación y que debería dejarla por dosis. Aunque no se involucran tampoco del todo, le gusta porque son tres chicas jóvenes, dos psiquiatras y una psicóloga.

7.2. Anexo II: entrevista general II.

-Nombre madre: María.

-Edad madre: 63.

-Profesión madre: Ama de casa.

-Donde vive: En Torredonjimeno con P.I.

-Relación con madre: Buena

-Actividades con madre: Hacer tareas de casa y hablar.

-Madre en relación al problema: Sabe de su problema (lo que le diagnóstico la psicóloga) pero no se habla de ello, se evita, como si no existiera.

-Enfermedades importantes: Depresión. Tuvo un aborto de su primer embarazo donde tuvo que usar ansiolíticos. Pasó una etapa normal y estuvo bien hasta que tuvo a su hijo Miguel a partir del cual sufrió depresión post-parto y se alargó. Cuando tiene un mal día chilla y no actúa de manera adecuada, se pone muy nerviosa por cosas simples. (No acude al psicólogo porque no cree en ellos).

-Nombre padre: Eloy.

-Edad padre: 63.

-Donde vive: En Torredonjimeno con P.I.

-Profesión padre: Pensionista (tiene el cuerpo paralizado por un accidente de tráfico). Antes trabajaba en Valeo que es una fábrica de faros de coche.

-Relación con padre: Buena.

-Actividades con padre: Deporte (ir a andar...).

-Padre en relación al problema: Intenta animarla con comentarios como 'qué guapa vas' 'que bien te sienta eso' pero no se habla del problema.

-Enfermedades importantes: Tuvo un accidente de tráfico y tiene la mitad del cuerpo paralizado.

-Aborto: Fue hace 33 años. Fue un aborto natural a los 5 meses.

-Nombre hermana: Rebeca.

-Edad hermana: 32.

-Donde vive: Jamilena.

-Profesión hermana: Esteticista.

-Relación con hermana: Buena pero tienen caracteres muy diferentes y 'chocan'. Son muy diferentes.

-Actividades con hermana: Ir al gimnasio.

-Hermana en relación al problema: Sabe de su problema pero no se habla de ello. Es 'tabú'.

-Enfermedades importantes: No.

-Aunque está casada, porque pasa tanto tiempo en casa: Está casada con Francisco de 33 años y tienen dos hijas de 5 y 4 años (Azhaara y Valeria). Rebeca

duerme en su casa con su marido e hijas pero pasa el día y come en la casa del P.I. ya que tiene el trabajo en Torredonjimeno.

-Nombre hermano: Miguel.

-Edad hermano: 29.

-Donde vive: En Torredonjimeno con P.I.

-Profesión hermano: Trabaja en el campo.

-Relación con hermano: Mejor relación que con su hermana.

-Actividades con hermano: Ir al gimnasio.

-Hermano en relación al problema: Sabe de tu problema pero no se habla de ello.

-Enfermedades importantes: No.

-Nombre abuelos maternos: Elena y Antonio.

-Edad: Antonio murió a los 78 años de infarto al corazón por fumar en exceso (murió en el año 2000). Elena murió a los 78 de Alzheimer (en 2003), y cuando murió su marido, estuvo viviendo en casa de la P.I, donde la estuvieron cuidando.

-Profesión abuelos: Elena ama de casa y Antonio agricultor.

-Relación con abuelos: Buena con ambos.

-Donde viven (vivieron): En Torredonjimeno.

-Enfermedades importantes: Ya nombradas.

-Nombre abuelos paternos: Luisa y Francisco.

-Edad: Francisco murió a los 50 años de un derrame cerebral (murió en 1978, la P.I no lo llegó a conocer) y Luisa murió con 81 años de diabetes (murió en el 2002)

-Profesión abuelos: Luisa era ama de casa.

-Relación con abuelos: La relación con la abuela era buena pero hacía más caso a sus hermanos que a ella. Se llevaba mejor con la otra abuela.

-Donde viven (vivieron): Vivieron en Torredonjimeno pero se trasladaron a Barcelona (cuando el padre de P.I se casó ya vivían en Barcelona).

-Enfermedades importantes: Ya nombradas

-Hermanos madre e hijos: Juani y Antonio. Juani tiene 54 años, está casada con Pedro de 58 años y tiene un hijo (Pedro de 18 años) y una hija (Tamara de 25 años). Antonio tiene 57 años, casado con Antonia de 52 años y con dos hijos, Sergio de 24 años y David de 29.

-Relaciones: Con Juani buena (hubo un tiempo donde Juani se separó de la madre de la P.I porque Rebeca se iba a casar con un chico que no le agradaba. La relación fue tirante un tiempo pero ya está bien). Con Antonio antes bien pero a raíz del problema de la paciente mal, porque este fue contándolo por ahí, lo cual no gustó a la P.I. Con su primo Pedro se lleva muy bien, con Tamara se lleva bien pero con distancia y con los hijos de Antonio la relación es normal.

Todos saben del problema de la paciente pero lo hablan con la madre de esta, no con ella directamente.

-Hermanos padre e hijos: Paco que murió a la edad de 64 años en 2007, (casado con Elena que actualmente tiene 76 años y con 3 hijos: Francisco Javier 49 años, Juan Antonio 47 años, Eloy 45 años), Pili que murió a los 67 años en 2013, casada

con Vicente que murió con 57 años en 2002 y con dos hijos: M^a del Pilar de 41 años y Manolo de 43. Juanita tiene 67 años casada con Rafa y con 4 hijas: Dolores de 41 años, Elena de 39, Silvia de 37 y Vanesa de 34. Rita que murió al nacer en 1952. Pepe que tiene 61 años casado con Ana de 56 y con dos hijas: Ana de 26 años y Sara de 32. Eduardo murió nada más nacer en 1958. Hubo dos mellizos que murieron nada más nacer en 1960. Matilde tiene 56 años casada con Marcelino de 62 y con un hijo, Sergi de 29 años y Noemi de 32 años. Luisa Mari con 54 años casada con Ismael de 56 y con 4 hijos: Lidia de 30 años, Ismael de 26, Ana de 18 y Alex de 11. María con 51 años casada con Santiago de 54, y sus hijos son Rubén de 29 años, Marcos de 25 años y David de 21 años (tuvo un bebé que murió cuando tenía dos meses) Eloy ocuparía el puesto entre Rita y Pepe.

-Relaciones: Poca porque están en Barcelona.

-Nombre de novio: Marcos.

-Edad de novio: 24.

-Profesión de novio: Estudiante de gestión y administración de empresas.

-Donde vive el novio: En Torredonjimeno.

-Tiempo que pasas con novio y que hacéis: Se ven 3 días a la semana más el fin de semana. Pasan tiempo en casa, ven películas, sacan a los perros a pasear, hablan del día, ir al cine a veces, ir a cenar. Suelen pasar más tiempo en casa (en invierno), pero en verano, como él tiene un apartamento en la playa van allí.

-Tiempo de relación: 6 años. Se conocieron porque salían en el mismo grupo de amigos.

-Cómo es la relación: Ahora mismo bien. Tiene muchos altibajos, por cualquier tontería están mal.

-Qué sabe acerca de tu problema y como lo lleva: Lo sabe todo pero no se habla de ello.

-Experiencias (buenas o malas) destacables: Hace un tiempo él le dijo que no fumaba porros y lo había estado haciendo durante cuatro años de relación. No le gustó porque le mintió. Se enteró porque lo vio en las conversaciones de móvil de él. Lo dejaron (hablaban y se veían a veces pero no estaban juntos). Ese año estuvo mal anímicamente y dice que se agravó su problema. Lo dejaron a principios del verano pasado y estuvieron 3 meses sin estar juntos. Él también estuvo en terapia porque era muy inseguro y no contaba las cosas que hacía por miedo a que no lo aceptaran. Ya está bien pero hay desconfianza.

-¿Cómo fue tu infancia en casa?: Buena, normal.

-¿Cómo fue tu educación, normas y límites en casa?: Los padres no son católicos, son testigos de Jehová por lo que eran más estrictos en cuanto al tema de la religión. Querían que solo se juntara con gente de esa misma religión. Si se juntaba con otra gente le regañaban. Al ser la menor no le exigían tanto pero a la hermana mayor se le exigió mucho más. Al ser la menor hacía un poco más lo que quería pero hasta que no tuvo 15 años no le ‘dejaron un poco en paz’. La P.I. no es testigo de Jehová.

-¿Cómo fue tu infancia en el colegio?: Bien, normal.

-Cuéntame tu relación con compañeros de clase en el colegio: Me llevaba bien con todos.

-Háblame de tus amigos fuera del colegio: Se llevaba bien con la gente de clase e iban a su casa pero jugaban en su casa y en su puerta porque no le dejaban irse a casa de nadie.

-¿Hubo cambio de centro al pasar al instituto?: Sí. Supuso un cambio y problema, lo pasó mal porque no conocía a nadie porque los de su colegio fueron a otro instituto distintos que el de ella. No conocía a nadie y le costó mucho conocer a gente, porque la mayoría ya se conocían entre ellos.

-¿Cómo eran tus relaciones en el instituto?: En segundo ya bien porque ya conoció a gente, amistades que hasta hoy mantiene.

-¿Has tenido experiencias destacables?: No.

-¿Cómo fue tu rendimiento académico en el colegio e instituto?: En el colegio bien y hasta segundo de E.S.O bien pero en tercero empeoró y repitió curso porque no iba a clase ni estudiaba (por el consumo de cannabis).

-Háblame de tu adolescencia en casa: Bien, igual que la infancia. Lo único destacable lo de la religión.

-¿Cómo era tu círculo de amigos fuera del instituto?: Tenía una amiga con la que quedaba todos los días, que aún sigue teniéndola (Ainhoa). Salía por las tardes y a lo mejor para cenar pero cuando llegaba el fin de semana si quería salir no le dejaban, hasta los 15-16 años. Ahí ya salía más y se juntaba con quien quería porque ya le dejaban.

-Cuéntame que actividades realizabais cuando os veáis: Salir, dar una vuelta, hablar. Pero los viernes ya salían sus amigas y no podía ir. Cuando ya le dejaban salir los fines de semana, iban a la parcela de un amigo o iban a casa de alguna amiga.

En 3º de E.S.O comienzas a consumir cannabis (por ello empezó a faltar a clase y no estudiar y repitió curso).

-¿Por qué empezó a consumir?: Porque todos fumaban y le decían ‘venga prueba, que no pasa nada, te lo vas a pasar bien’ y acabo probándolo.

-¿Cómo se fue desarrollando ese consumo?: Al principio fumaba caladas pero luego le llamaban todas las semanas para salir a fumar. Luego todos los fines de semana se fumabas uno.

-¿Cómo era el círculo de amigos?: Era así, fumaban, y la mayoría sigue así, fumando y más cosas. Dos amigas y ella fueron las únicas que lo dejaron.

-¿También consumían?: Sí (ya contestado).

-¿Te sentiste presionada en algún momento?: No.

-¿Cómo te sentías cuando consumías?: Bien, perfecto.

-¿Se enteraron alguna vez tus padres?: No.

-¿Cambio tu relación con tus padres, amigos...?: No, pero dice que había una mezcla de adolescencia y consumo...pero no cambió nada.

-¿Consumías sola o en compañía de alguien?: En compañía siempre.

-¿Cuándo decidiste dejarlo?: En primero de bachillerato.

-¿Por qué decidiste dejarlo?: Se puso en serio a estudiar y no quería ‘quedarse tonta’ y decidió dejarlo.

-¿Cómo lo dejaste?: De golpe, no volvió a fumar.

-¿Cómo te ibas sintiendo?: No lo echó de menos.

-¿Qué itinerario escogió de bachillerato?: Humanidades.

- ¿Cambió de centro para cursar bachillerato?: No.
- ¿Noto cambio al pasar a bachillerato?: No.
- ¿Cambiaste de amigos en el centro?: No.
- ¿Cómo era tu rendimiento académico?: Era bueno.
- ¿Seguías con los mismos amigos fuera del instituto?: Sí, los mismos.

Me comentaste que empezaste a sentir ansiedad en 2º de bachillerato

- ¿Por qué le empezó la ansiedad?: Porque se empezó a agobiar por los exámenes, selectividad... y veía que no llegaba. Pensó que le iban a quedar asignaturas para Septiembre y le dio mucha ansiedad, no podía ni estar en las clases. Decidió dejarlo e intentarlo al año siguiente.
- ¿Tuvo algún ataque de ansiedad?: En clase muchos.
- ¿Qué pasaba?: Se ponía a llorar, se salía de la clase, iba al baño y se tranquilizaba.
- ¿Dónde paso?: Siempre en el colegio, excepto una vez en casa.
- ¿Cuál fue la reacción de su entorno?: Los profesores pasaban, solo le decían que se saliese a tranquilizarse. Sus padres le dijeron que si estaba agobiada que lo intentara al año siguiente, que no pasaba nada.
- ¿Visitó al médico o psicólogo?: No. Su madre es muy escéptica y no cree en los psicólogos.
- ¿Quién le ayudó y cómo?: Nadie, solo el apoyo de los padres para que lo intentara al año siguiente.
- ¿Cómo siguió su vida después de esto?: Dejó el bachillerato con apoyo de sus padres.
- ¿Y cómo se portaba su familia después de esto?: Todo normal.

El año que dejó bachillerato:

- ¿Cómo fue ese año?: ‘Feísimo’, no hacía nada, no salía de casa, todos los amigos estaban estudiando o trabajando por lo que solo estaba en casa y no hacía nada. Le agobiaba.
- ¿Cómo era tu estado de ánimo?: ‘Fatal, por los suelos’, no tenía ganas de nada, estaba tan fatigada de estar tan deprimida que no tenía ganas de hacer nada.
- ¿Cómo era la relación con su familia y que se hablaba respecto a este tema?: No se hablaba de nada y había buena relación.
- ¿Buscaste ayuda?: No. Además ella no sabía muy bien que era la psicología y su madre no creía en ella, no lo soporta.

Cuando volvió a 2º de bachillerato:

- ¿Cómo fue ese año?: Bien, luego sacó un 11 en selectividad.
- ¿Cómo fue su rendimiento académico?: Muy bueno.
- ¿Cómo era su estado de ánimo?: Mejor que el año anterior. Volvió a la rutina, salía con sus amigas, se reía más.
- ¿No tuvo ansiedad?: No.
- En caso de que no, ¿Por qué estabas más tranquila y sin ansiedad?: Porque se sentía más a gusto con la gente que estaba, más segura. Se mentalizó que tenía que estudiar para poder tener futuro.

-¿Cómo eligió su carrera?: Quería hacer filología hispánica pero como vio que sacaba muy buenas notas y que esa carrera era 'fácil', decidió coger una más 'complicada e interesante' para motivarse más (Psicología). Le gustaba más la sociología y criminología pero por cuestiones económicas no pudo ir a estudiar eso fuera y tuvo que quedarse en Jaén.

-¿Por qué decidió estudiar en Jaén?: Cuestiones económicas.

-¿Cómo fue su primer día de universidad?: Bien porque iba con una amiga. En ese momento le dio igual pero si ahora le pusieran a conocer a gente nueva o a una clase nueva, directamente ni vendría. Antes venía muy feliz y con ganas.

-¿Hizo rápido amigos?: Sí, y los mantiene. Nunca le ha costado hacer amigos, solo ahora que 'está más rara'.

-¿Cómo fue su primer año de carrera?: Bien, muy bueno.

-¿Aprobó todo?: Le quedó una que aprobó en segundo.

-¿Cómo era su estado de ánimo en este año?: Bueno.

-¿Cómo era su vida social fuera del entorno universitario?: Muy bueno, todo el rato con sus amigos.

-¿Cómo fueron las épocas de exámenes?: Bien, no se agobió. Sabía que iba a aprobar y no debía preocuparse.

-¿Sufrió ansiedad en algún momento?: No.

-¿Cómo fue su segundo año de carrera?: Muy bueno.

-¿Aprobó todo?: Sí.

-¿Cómo era su estado de ánimo en este año?: Bueno.

-¿Seguía con los mismos amigos en la universidad?: Sí.

-¿Cómo era su vida social fuera del entorno universitario?: Era bueno.

-¿Cómo fueron las épocas de exámenes?: Fue buena.

-¿Sufrió ansiedad en algún momento? No. En un examen se puso un poco más nerviosa pero nada fuerte.

-¿Cómo fue su tercer año de carrera?: El primer cuatrimestre bien pero el segundo fatal. Estaba deseando acabar (se sentía cansada y sin ganas de estudiar).

-¿Aprobó todo?: Sí.

-¿Seguía con los mismos amigos en la universidad?: Sí pero los veía menos porque ellos se quedaron atrás.

-¿Cómo era su vida social fuera del entorno universitario?: Con sus amigas del instituto aunque se fue ya distanciando de ellos. Además ese año su amiga Jackelin estuvo en Australia y apenas tenían contacto y se sentía sola.

-¿Cómo fueron las épocas de exámenes? Estaba en un estado de que no podía hacer más, con un estado anímico muy bajo y muy deprimido. Tomaba dos red-bulls por la mañana, dos red-bulls por la tarde y otros dos por la noche y pastillas para dormir (dormidina, adquiridas en la farmacia). Cuando acabaron los exámenes le dio un bajón. Su motivación era 'venga que ya vamos a acabar' pero cuando llego 3º que vio que llegaba 4º y no sabía que iba a hacer después de la carrera, se desmotivó y no quería hacer nada. Además ese verano ocurrió el problema con su novio donde se sintió engañada y fue a peor.

-¿Sufrió ansiedad en algún momento?: Si, con ataques de ansiedad.

-Háblame de ese bajón después de exámenes: Cuando acabó los exámenes de tercero estuvo dos días muy tranquila pero al tercer día se sentía que aún estaba muy activada y de no hacer nada estaba todo el día llorando, con dolor en el pecho hasta que un día fue al médico de cabecera y le dijo que estaba muy nerviosa y este le recetó diazepam y lorazepam. Ella se tomaba las pastillas como quería y en vez de una se tomaba hasta ocho al día porque veía que una no le hacía nada. Pensaba que si se tomaba dos le haría algo más y así hasta que se tomaba muchas para poder dormir y no pensar. Sus padres vieron que se tomaba las pastillas como quería y le llevaron al hospital de Jaén. Añade que al no tomar bien la medicación los síntomas se agravan. Acudieron al psiquiatra del hospital y aquí le mandaron lorazepam para poder dormir, quitándole el diazepam. También le mandaron antidepresivos. Aun así seguía tomando el lorazepam como quería. Al tiempo su madre la llevo a un psicólogo privado.

-¿Cómo está siendo tu cuarto año de carrera?: No le gusta.

-¿Llevas todo aprobado?: Le ha quedado una. Se siento sin fuerzas.

-¿Cómo es su estado de ánimo de este año?: Mal, dice que sabe que se va a arrepentir de no haberlo aprovechado pero no quería ni venir a clase.

-¿Sigues con los mismos amigos de la universidad?: Sí. Ha conocido gente nueva. No le ha costado conocer a gente. En realidad no le cuesta pero no le gusta conocer gente y luego ir viéndoles defectos y que le decepcionen. Prefiere juntarse con quien ya conoce.

-¿Cómo es tu vida social fuera del entorno universitario? Buena.

-¿Cómo ha sido tu época de exámenes?: (Ya contestado).

-¿Has sufrido ansiedad en algún momento este año?: Sí.

-Durante la carrera, ¿cómo han sido sus veranos, mientras no había clase?: El verano de 2014 y 2015 bien, estaba deseando acabar para ir a la playa con sus amigas, pero el de 2016 ya no se lo pasó tan bien en la playa y le afectó. No se lo pasó bien porque ella dejó de comer carne ese año (come lo justo que le obliga el medico) y los padres de su novio no lo entendían y tenía que aguantar comentario que no le gustaban y sintió incómoda. Si hubiese estado bien anímicamente le hubiese dado igual pero como dice que estaba muy vulnerable de haber estado mal con lo de las pastillas, le afectó más de lo normal, estaba todo el día triste y llorando.

-¿Hubo algún momento en que te empezaras a encontrar mejor?: Tiene dos o tres días que está bien y feliz pero la mayoría de los días no.

-Desde 2º de bachillerato hasta 3º de carrera no tuvo apenas ansiedad ¿Qué paso en este periodo de tiempo?: Cree que ha habido años que ha estado bien y que le ha ido todo bien y no tiene problemas ni preocupaciones y es feliz pero hay otros años que ha tenido malas rachas que se han ido acumulando (su novio dice que es muy negativa). No ha habido problemas grandes pero le agobia mucho cuando sus padres discuten y ese día ya está mal, le entra dolor en el pecho, según ella ‘es ansiedad pura, me duele mucho el pecho, a veces pienso que es un infarto’, ellos discuten mucho sobre cosas del día a día y le ponen muy nerviosa. También si su novio dice algo que no le sienta bien, se pone igual y empieza a pensar en que mal le va todo.

-¿Por qué crees que no estuviste tan mal?: Estaba muy bien de ánimo, dice que tenía como una armadura y todo lo que le dijeran o hicieran, no le afectaba tanto, se sentía más fuerte.

-¿Qué crees que puedo volver a afectarte en 3º de carrera para sentirse así otra vez?: La época de exámenes y cuando su novio le mintió.

-Lorazepam:

-¿Cuándo empezó a tomar esta medicación?: Cuando acabó los exámenes de 3º de carrera.

-¿Quién se lo recetó?: El médico de cabecera y luego el psiquiatra dijo que siguiera tomándolo.

-¿Cuántas dosis diarias se te recetó y cuantas tomabas en realidad?: Le recetaron una por la noche pero se tomaba 8 o 9.

-¿Cuáles eran los efectos secundarios?: Estás como tonta, drogada, con los ojos como caídos, muchas ojeras, te hablan y estas distraída, llorando, concentración nula, pérdidas de memoria. Se le olvidaba las cosas que le decían. Hay cosas que no recuerda de esa época por las pérdidas de memoria e hizo cosas que lucida no haría como coger el coche estando medicada. Pero dice que estaba muy a gusto como con la mente en blanco y ausente. Nada te importa.

-¿Era dependiente de ello?: Sí.

-¿Desarrolló tolerancia, necesitaba cada vez más dosis?: Sí.

-¿Cuándo lo dejó?: Cuando se tomó las 30 pastillas ya no volvió a tomarlas. Excepto hace dos semanas que le dio un ataque de ansiedad, fue al médico y le mandó alprazolam.

-¿Por qué lo dejó?: Porque se tomó 30 pastillas y ya lo dejó porque no quería ser dependiente de la droga después de ese episodio y no le merece la pena estar así de ‘tonta’.

-¿Cómo lo dejó?: De golpe por sí misma.

-¿Cómo se sintió al dejarlo?: Dice que al principio lo echas de menos porque cuando no lo tomas ves que todo es real y no estas drogada y no lo necesitas.

-Diazepam:

-¿Cuándo empezó a tomar esta medicación?: Después de los exámenes de 3º de carrera.

-¿Quién se lo recetó?: El médico de cabecera, en combinación con el lorazepam pero el psiquiatra dijo que no hacía falta el diazepam porque es más flojo y con el lorazepam era suficiente.

-¿Cuántas dosis diarias?: Le recetaba una al día pero se tomaba más. Cuenta que cuando se le acababa el lorazepam, cogía el diazepam.

-¿Efectos secundarios?: Son más flojos, es como si te tomas 9 valerianas según ella.

-¿Era dependiente de ello?: Menos que al lorazepam.

-¿Cuándo lo dejó?: Cuando la psiquiatra dijo que lo dejara porque con el lorazepam bastaba.

-¿Cómo lo dejó?: De golpe.

-¿Cómo se sintió al dejarlo?: Tenía el lorazepam que era más fuerte así que no lo echó de menos.

-Antidepresivos:

-¿Cuándo empezó a tomar esta medicación?: Cuando visitó al psiquiatra.

-¿Quién se lo recetó?: El psiquiatra

-¿Cuántas dosis diarias?: Tenía que tomarse al día de una caja dos y de otra caja una. No tomaba más de la cuenta porque se las daba su madre.

-¿Efectos secundarios?: Aturdimiento, sueño, no atendía, concentración nula...

-¿Era dependiente de ello?: No, de esas no.

-¿Desarrollo tolerancia, necesitaba cada vez más dosis?: No.

-¿Cuándo lo dejó?: Cuando fue al psicólogo de pago.

-¿Por qué lo dejó?: Porque le dijo que no le gustaba tener una paciente tomando pastillas, que si quería probar a hacer una terapia cognitivo conductual sin pastillas.

-¿Cómo lo dejó?: Poco a poco, disminuyendo la dosis.

-¿Se lo dijiste a tu psiquiatra?: Sí, le dijo que si le iba bien no pasaba nada pero que si estaba mal tenía que tomárselo.

-¿Cómo se sintió al dejarlo?: Al principio mal pero luego se alegró porque estaba atontada. Dice que los antidepresivos al principio te agudizan los síntomas y luego te habitúas.

-En la entrevista anterior dijo que tenía dos psiquiatras y una psicóloga para usted por la SS.SS ¿Por qué tanto personal?: No lo sabe. En la sala había dos psiquiatras y una psicóloga, pero con la que más interactuaba era con una de las psiquiatras. La psicóloga fue quien le recomendó visitar a un psicólogo.

-Deporte:

-¿Qué deporte haces?: Correr e ir al gimnasio.

-¿Cada cuánto lo haces?: 4 días a la semana.

-¿Durante cuánto tiempo?: Una hora y media o dos.

-¿Disfrutas con ello?: Sí.

-¿Te apetece hacerlo?: Sí.

-¿Qué te mando exactamente la psicóloga?: Que hiciera deporte porque le iba a relajar. Se siente más tranquila.

-Otras actividades:

-¿Tienes ganas de hacerlas?: Sí (ver series, películas, sacar a pasear a los perros). Dice que es lo que más le gusta.

-¿Disfrutas con ellas?: Sí.

-En caso de que si, ¿qué es lo que no te apetece hacer?: Ir a la universidad (antes le encantaba porque aprendía cosas nuevas). Ahora no le gusta estudiar ni ir a clase. Está alargando el TFG porque no quiere hacerlo. Tampoco salir con sus amigas, cosa que antes le encantaba.

-¿Por qué no te apetece?: La universidad no le apetece porque está desmotivada y el no salir porque no se siente cómoda. Dice que ‘como yo estoy deprimida y no tengo ganas de nada y ellas siempre tienen ganas de salir, se ríen...y a mí no me hace nada gracia’.

-¿Cuándo pasas tiempo con amigos, familia o tu novio cómo te sientes?: Dice que poniéndolo de una escala del 1 al 10, con su novio se siente 7, con su familia 6 y con sus amigas 5.

-¿Cómo se comportan contigo cuando estás con ellos?: Sus amigos al principio estaban muy encima suyo animándole pero llegó un momento que se hartaron y empezaron a pasar y dicen ‘si no quiere venir pues que no venga’. Su familia y amigos si que intentan que haga cosas.

-Háblame de esas ideas que me dijiste que tienes: Desconfía mucho de la gente.

-¿Desde cuando tienes estas ideas?: Siempre ha sido desconfiada aunque con un límite. Dice que desconfía mucho de sus amigas. También a raíz del episodio de los porros con su novio empezó a desconfiar más de él y pensaba que a lo mejor podría estar engañándole con otra chica o ser capaz de hacerlo.

-¿Han ido a peor, a mejor o se han mantenido?: Ha ido a peor.

-¿Alguien hizo que empezaras a pensar así?: Dice que ‘La gente es muy mala y te hace ser desconfiada. Te juntas con gente que va con maldad y te hacen desconfiar.’

-¿Tu familia o amigos han hecho que desconfíes de ellos y de la gente?: La familia no pero una amiga suya se lio con su ex novio e hizo que empezara a desconfiar.

-¿Sientes que te valoran?: La familia si, su novio ‘regular tirando para no’ y sus amigas igual.

-¿Dicen o hacen cosas que te hagan pensar así?: Piensa que su novio no le valora porque si no, no le hubiese mentido y piensa que sus amigas no le valoran porque sabiendo que ella está mal, no van a verla o a ver qué tal está.

-¿Has recibido algún tipo de medicación para esto?: No.

-Tu psicóloga te diagnostico trastorno de personalidad paranoide, ¿Esto hizo que se agravaran tus ideas?: No, al revés. Fueron a mejor porque se decía a sí misma que no debía pensar eso, que no tenía por qué ser real.

-¿Cómo se dieron cuenta tus padres de que necesitabas ayuda?: Cuando le dio el bajón tras los exámenes y ella fue al médico. Después al ver que tomaba la medicación como quería se dieron cuenta de que deberían llevarle al hospital.

-¿Pusieron impedimentos para ello?: No.

-¿Cómo y qué saben de tu diagnostico?: Lo saben todo porque la psicóloga les contaba todo a ellos.

-¿Qué se habla respecto a tu problema?: No se habla nada.

-¿Qué saben tus amigos y tu novio de tu problema?: Lo saben todo dos de sus amigas y su novio.

-¿Qué hablas o te dicen ellos de tu problema?: Lo habla solo con una porque también tiene ansiedad y ‘empatizan’.

-¿Algún familiar tiene antecedentes de depresión?: Su madre (ya explicado).

-¿Y de ansiedad?: Dice ‘creo que mi hermana tiene ansiedad. No esta diagnosticada pero por cómo reacciona, se pone muy ansiosa’.

-¿Y de algún tipo de trastorno?: No.

-¿Has tenido pensamientos de quitarte la vida?: Sí.

-En caso de que si, ¿Qué hizo que pensaras en esto?: Por un cúmulo de cosas.

-¿Cuáles eran tus pensamientos?: No tiene ninguna motivación, ni aspiración... Dice que ahora mismo no lo va a hacer pero que sí lo piensa, porque se aburre de vivir. No tiene interés ni alegría.

-¿Se lo contaste a alguien?: No.

-¿Llegaste a intentarlo alguna vez?: Lo intenté tomándome las pastillas.

-En caso de que sí, ¿Cómo intentaste quitarte la vida?: Tomándose 30 pastillas de lorazepam.

-Cuando tomaste la caja de lorazepam, ¿tenía pensamientos de quitarse la vida tomándose eso?: Sí porque quería dormir y no pensar en nada.

-¿Fue premeditado?: No. Tenía muchas cajas de pastillas y pensó que con lo a gusto que está con las pastillas, si se tomaba muchas y no despertaba no pasaría nada.

-¿Dónde lo hizo?: En su casa.

-¿Qué ocurrió al tomarlo?: Con eso primero entras en un estado despersonalización, como que sales de tu cuerpo y después entras en coma. Lo cuenta así: 'Yo me las tomé y como estaba tan cansada me acosté y me dormí. Recuerdo dormirme y luego recuerdo despertarme en el hospital. Por lo visto le mande un mensaje a mi novio diciéndole 'Adiós'. Él se asustó y avisó a mi amiga. Mi amiga fue a mi casa y dice que estuve hablando como 'atontada' y como 'jugueteando'. Mi amiga se lo dijo a mi madre y me montaron en el coche para llevarme al hospital.

-¿Cuál fue la reacción de quien te vio así?: Ella no se acuerda. Cuando despertó vio a su hermana, su cuñado, su novio, su amiga y sus padres.

-¿Qué pensaste cuando te despertaste?: Dice que como estaba drogada preguntaba que qué hacían allí y porque la habían llevado al hospital. Pero sí se acordaba que se había tomado las pastillas.

-Me dijiste que pasaste una semana hospitalizada, ¿Qué te dijeron los médicos después de esta sobredosis?: Hablaron los psiquiatras con ella y le dijeron que no veían nada grave. Le hicieron preguntas para ver si tenía intención de volver a hacerlo pero ella contestaba que no porque su familia le presionada diciéndole 'cuidado con lo que vas a decir, que te quedas aquí, que te quedas en la 7ª planta' así que dice que contesto lo justo para volver a su casa.

-¿Cómo fue esa semana?: Estaba drogada toda la semana. Los efectos le duraron bastante.

-¿Qué se habló respecto a este tema?: Es tabú. Cuando despertó le dijeron que como estaba y su hermano se estaba riendo. Ellos consideran que lo hace para llamar la atención y por eso no se habla, por no dar más bola. Dice que hasta que no le han visto con ataques de ansiedad y dolor en el pecho de tener que ir al médico... cree que ahora se lo están tomando más en serio.

-¿Se te derivó a algún especialista como psiquiatra o psicólogo?: Estuvo haciendo revisión con el psiquiatra del hospital y dejó el psicólogo privado diciéndole que le había dejado peor su terapia.

A parte la paciente cuenta que dos semanas atrás de esta entrevista sufrió un ataque de ansiedad porque no tiene ganas de hacer nada y se agobió con el TFG, un examen y el inglés. Se lo dijo a su madre y le llevo al médico. Allí le dijeron que tenía las pulsaciones muy altas, que le harían un electro. Le mandó pastillas (Alprazolam) pero dice que solo se la tomó ese día, porque no quiere volver a tomar pastillas porque no tiene control (cuenta que se compró valeriana y se llega a tomar 10 pastillas). A raíz del último ataque de ansiedad están muy pendiente de

ella preguntándole continuamente y eso a la paciente no le gusta. Dice que o evitan las cosas o no actúan con normalidad.

7.3. Anexo III: Genograma.

